



UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Departamento de Antropología Social, Psicología Básica y Salud Pública

Área de Psicología Básica

PROCESOS DE CUIDADO, DETERIORO Y RESILIENCIA EN MUJERES

ADULTAS Y MAYORES

TESIS DOCTORAL

Directores: José A. Sánchez Medina

Cristina Fernández Portero

Sevilla, a 12 de junio de 2018



UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

D. José A. Sánchez Medina

D^a Cristina Fernández Portero

En calidad de director y co-directora, respectivamente, de la Tesis Doctoral que presenta **D^a Ana María Gallardo Flores** bajo el título “**Proceso de cuidados, deterioro y resiliencia**”, hacen constar:

Que el trabajo realizado reúne los requisitos científicos, metodológicos y formales que son precisos para su lectura y defensa ante el tribunal que debe juzgarle, por lo que consideramos procedente autorizar su presentación.

Para que así sea y a los efectos oportunos, firman el presente proyecto en Sevilla, a 12 de junio de dos mil dieciocho.

A mi madre que me dio la vida y que me enseñó a brillar, a pesar de los obstáculos y que siempre está conmigo, aunque ya no esté en este mundo físico.

A mi compañero del alma, mi marido Pepe, que me devolvió a la vida en momentos difíciles y siempre creyó en mí. ¡Cuánto daría porque pudieses leer estas páginas, pero ya no estás tampoco!

A mi hijo que cambió el rumbo de mi vida y me mostró que seguir creciendo era posible a pesar de la adversidad.

A mi hermana, una gran guerrera vikinga, con la que siempre cuento. A mi padre que me enseñó a caminar sobre los pies y a toda mi familia que siempre ha creído en mí.

A mi gran amiga Rocío, sin la cual yo no hubiera llegado hasta aquí.

A mi amigo Ramón Ramírez, una gran persona, un guía muy especial en mi trayectoria académica y mi padrino de promoción, quién siempre estaba disponible para prestarme consejo y ayuda, ¡va por ti Ramón!



ÍTACA

Cuando emprendas tu viaje a Ítaca
Pide que el camino sea largo,
lleno de aventuras, lleno de experiencias.
No temas a los lestrigones ni a los cíclopes,
ni al colérico Poseidón,
seres tales jamás hallarás en tu camino,
si tu pensar es elevado, si selecta
es la emoción que toca tu espíritu y tu cuerpo.
Ni a los lestrigones ni a los cíclopes
Ni al salvaje Poseidón encontrarás,
si no los llevas dentro de tu alma,
si no los yergue tu alma ante ti.
Pide que el camino sea largo.
Que muchas sean las mañanas de verano
En que llegues ¡con qué placer y alegría!
a puertos nunca vistos antes.
Detente en los emporios de Fenicia
y hazte con hermosas mercancías,
nácar y coral, ámbar y ébano
y toda suerte de perfumes sensuales puedas.
Ve a muchas ciudades egipcias
a aprender, a aprender de sus sabios.
Ten siempre a Ítaca en tu mente.
Llegar allí es tu destino.
Más no apresures nunca el viaje.
Mejor que dure muchos años
y atracar, viejo ya, en la isla,
enriquecido de cuanto ganaste en el camino
sin aguantar a que Ítaca te enriquezca.
Ítaca te brindó tan hermosos viajes.
Sin ella no habrías emprendido el camino.
Pero no tiene ya nada que darte.
Aunque la halles pobre, Ítaca no te ha engañado.
Así, sabio como te has vuelto, con tanta experiencia,
Entenderás ya qué significan las Ítacas.

Agradecimientos

¡Qué maravilloso es dar las gracias a la vida por todas las oportunidades que te da en cada nuevo amanecer! Te brinda la oportunidad cada día de seguir creciendo como persona, de seguir compartiendo con otras personas tu camino de vida, ayudando a las personas que lo necesitan, escuchando a quienes no tienen a nadie que escuche lo que quiere decir su corazón! Muchas gracias a todas las personas que conformaron mi camino académico porque de todas ellas aprendí mucho, de lo bueno y de lo no tan bueno, pues todo era necesario en mi formación académica y humana.

Agradezco a Bruno Fernández Hayas, Vicerrector de Investigación de la Universidad Pablo de Olavide su diligencia siempre a la hora de facilitar mi camino en esta Universidad, a pesar de sus múltiples obligaciones debido a su cargo siempre ha estado dispuesto a colaborar. Siempre que le necesité estuvo ahí y eso ha supuesto mucho para mí.

Gracias a M^a Carmen Martín Delgado, Jefa de la Unidad de Doctorado en el área de Postgrado y Doctorado por su ayuda en cualquier materia que le demandase desde los inicios de mi trayectoria académica en la Doble Diplomatura Conjunta de Trabajo Social y Educación Social.

Gracias a José A. Sánchez Medina, mi director de tesis por acogerme bajo su tutela y guiarme y enseñarme todo lo que he aprendido como doctoranda. Gracias a Cristina Fernández Portero, por todo lo que hemos compartido desde 2007 que nos conocimos, ¡Sin ti esto no hubiese sido posible, amiga! Y gracias al equipo de investigación en el que he estado inmersa en mis cuatro años de doctorado por su gran ayuda, gracias a David Alarcón y gracias a Josué Amián.

Mi más sincero agradecimiento a mis maestr@s Eduardo y Cristina, con ell@s sigo aprendiendo en mi camino de vida y gracias a todo lo que he aprendido con ell@s pude realizar mi sueños.

Gracias a Cristina Villalba, con la que he compartido una gran amistad todos estos años y con quién aprendí la primera vez lo que significaba el término Resiliencia. La persona que me alentó en el camino de mi doctorado y procuró siempre lo mejor para mí. ¡Gracias, gracias, gracias, amiga!

Gracias a Lina Gálvez, que me enseñó mucho de género, de la necesidad de visibilizar a las mujeres en esta sociedad, de la lucha por la igualdad y la equidad y quien a lo largo de estos años siempre ha estado dispuesta a procurarme lo que necesitase en mi trayectoria académica.

Y mi más sincero agradecimiento a un gran número de profesoras y profesores que, con el pasar del tiempo, se convirtieron en verdaderos amig@s y siempre encontraron un hueco en sus vidas para escucharme. A Antonia Corona Aguilar, con quien pude hablar de muchas cosas y en especial de los derechos de las mujeres cuando fui su alumna interna, y después como amiga. A M^a Victoria Pérez de Guzmán, quien creyó en mí nada más conocerme y con quién preparé mi primera comunicación de investigación en la UNED. A Rosa Díaz que me enseñó el camino de la excelencia en mi trayectoria académica. A Agustín Coca que desde la Antropología Social me enseñó a saborear los buenos momentos de la vida con una gran sonrisa siempre. A M^a Carmen Monreal que siempre se interesó por todos mis pasos en la Universidad aunque ya no me diese clases. A todas estas personas mil gracias siempre por ayudarme a ser lo que soy, a perseguir mis sueños sin que nada ni nadie me ponga límite a las alturas de mis metas. Gracias a tod@s.

Muchísimas gracias a mi amiga Ana Luisa por su amistad sin límites y por estar siempre dispuesta a ayudarme. ¡Gracias, Anita!

¡GRACIAS!

ÍNDICE

ÍNDICE.....	5
MARCO TEÓRICO	8
1. El cuidado informal de personas dependientes y sus consecuencias	9
2. Mujeres cuidadoras informales y los efectos en su salud de las tareas de cuidado	15
3. Resiliencia como mecanismo psicológico de resistencia al deterioro de salud de las mujeres cuidadoras informales	18
4. Estrategias de intervención para la promoción de resiliencia.....	22
4.1. Mindfulness.....	22
4.2. Pilates.....	23
4.3. Yoga.....	23
4.4. Tai Chi Chuan y Chi Kung.	24
4.5. Técnicas de promoción y desarrollo de emociones positivas basadas en la Psicología Positiva.....	25
4.6. Fortalecimiento de las relaciones personales a través de las tecnologías del conocimiento y la información.....	26
5. Objetivos.....	27
5.1. Objetivo general.	27
5.2. Objetivos específicos.....	27
ESTUDIOS EMPÍRICOS.....	28
Estudio 1. El cuidado informal de las personas dependientes como problemática de las personas cuidadoras: las mujeres como cuidadoras informales.	30
Introducción	30
1. Consecuencias en la salud, en el bienestar, la calidad de vida y los recursos sociales de las personas cuidadoras	35
Método.....	37
1. Participantes	37
2. Instrumentos y Procedimiento	38
Resultados.....	39
1. Salud	40
2. Calidad de vida.....	40
3. Bienestar	41

Proceso de cuidado, deterioro y resiliencia en mujeres cuidadoras informales, adultas y mayores

4. Recursos sociales.....	42
Discusión	43
Estudio 2. El impacto de las tareas de cuidado sobre las mujeres cuidadoras y el deterioro que producen sobre su salud. La Resiliencia como mecanismo psicológico de resistencia al deterioro.....	45
Introducción	45
1. Cuidados	45
2. Resiliencia.....	49
3. Definición de resiliencia según distintas escuelas	50
Método.....	55
1. Participantes	55
2. Instrumentos y Procedimiento	56
Resultados.....	57
1. Factores No resilientes.....	59
2. Factores Resilientes	62
Discusión	65
Estudio 3. Propuesta global para empoderar y promover resiliencia en las mujeres cuidadoras informales....	68
Introducción	68
1. Mindfulness.....	71
2. Yoga	75
3. Técnicas de promoción de emociones positivas derivadas de la Psicología positiva	75
4. Tai Chi Chuan y Chi kung	76
5. Pilates.....	76
6. Técnicas que fortalecen las relaciones personales con el entorno basadas en las tecnologías de la comunicación e información	77
Método.....	78
1. Participantes	78
2. Instrumentos.....	79
3. Procedimiento	80
Resultados.....	85
1. Análisis cuantitativo de resultados	85
2. Análisis descriptivo de los datos	86

3. Análisis de retardos cruzados.....	87
4. Análisis de clúster o conglomerados.....	89
5. Estudio cualitativo.....	92
Discusión.....	96
UNA VISIÓN INTEGRADORA DE LAS DEMANDAS DEL CUIDADO Y REFLEXIONES/APORTACIONES PARA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	98
1. Conclusión.....	99
2. Limitaciones y Propuestas de investigación.....	103
Referencias.....	105
Anexos.....	114
1. Figuras.....	114
2. Tablas.....	114

MARCO TEÓRICO

1. El cuidado informal de personas dependientes y sus consecuencias

Las sociedades avanzadas envejecen a un ritmo muy rápido en las últimas décadas debido al aumento de la esperanza de vida, a la disminución de la fecundidad y la disminución de la mortalidad, como consecuencia de los avances en la medicina que hace que la pirámide de población a nivel mundial, se haya invertido y sea el grupo de personas mayores de 65 años el que esté en la cabeza de la pirámide pues es el más numeroso con un 8%. Los estudios científicos a nivel estadístico confirman que este crecimiento será aún mayor en los próximos veinte años aumentando en un 20% (INE, 2016). Este fenómeno tiene como consecuencia el aumento de las personas mayores dependientes a nivel mundial, y en concreto en España, ámbito de investigación de la presente tesis doctoral. Según el Consejo de Europa (1998) la dependencia se defina como: Un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (p.1). Esta definición según el Libro Blanco de los Cuidados del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (2005) pone especial intensidad en la limitación física, psíquica o intelectual. Estas limitaciones incapacitan a la persona para poder realizar las tareas de la vida diaria por lo que es necesario una tercera persona para llevar a cabo los cuidados (García-González, 2014). La población de personas dependientes se caracteriza por unas patologías determinadas que son: osteoartrosis, problemas coronarios, demencias seniles, alzheimer, etc., todo lo cual tiene como consecuencias un deterioro de la condición física, psíquica o intelectual, que modifica la capacidad funcional de la persona dependiente (Libro Blanco de los Cuidados del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España ,2005).

Según Esping-Andersen (1990) los proveedores de cuidados y de bienestar de las personas dependiente son, el Estado, la familia y el mercado. Para este autor, en cuanto a la protección y el cuidado, se habla de modelo o sistema liberal, conservador y socialdemócrata. Arts y Gelisse (2002) posteriormente añaden el sistema o modelo familiar Latino-Mediterráneo. Dependiendo de los elementos institucionales de cada país, se establecerán los cuidados formales e informales de una forma o de otra, encuadrando a cada país dentro de un

modelo de protección determinado (Börsch-Supan, & Nisticò, 2017). Los sistemas liberales depositan la responsabilidad en la persona y el mercado que se cimenta en el ahorro de la persona y los seguros privados que incentiva el propio estado con deducciones fiscales. En este sistema el estado es residual y solo da acceso a una mínima cobertura de seguridad. El sistema conservador proporciona estabilidad económica al trabajador según la baremación de sus ingresos. Este modelo no promueve la participación de la mujer en el mercado laboral, pues predomina el hombre como sustentador principal de la familia. La protección de las personas mayores se basa en un seguro obligatorio para las personas empleadas. Las pensiones de jubilación se basan en las contribuciones realizadas por la persona en su vida laboral y el tiempo de cotización. La dependencia se cubre con una aportación social obligatoria independiente de la anterior o con un aumento de contribuciones.

Los sistemas social-democráticos están regidos por los principios de igualdad y universalidad. El estado garantiza la calidad de vida (servicios públicos financiados con impuestos). Este sistema fomenta la participación de las mujeres en el mercado laboral. Las pensiones de jubilación se basan en prestaciones fijas (sistema universal) y contribuciones en función de los ingresos. En el sistema integrado por los países mediterráneos, el pilar que sustenta la protección es el núcleo familiar, que es quien propicia gran parte de los cuidados a niños/as, personas mayores o personas con diversidad funcional. Este sistema engloba a países del sur y este de Europa. Los cuidados públicos no son muy abundantes, es la solidaridad familiar la que provee los cuidados mayoritariamente, especialmente con el cuidado informal (principalmente llevado a cabo por mujeres). Las jubilaciones se basan en el tiempo cotizado, aunque con excepciones para los trabajadores autónomos.

Como podemos deducir por lo expuesto anteriormente, el tipo de cuidados de personas dependientes se relaciona con aspectos económicos, sociales y normativos por lo tanto dependen de los cambios políticos de cada sociedad. Es necesario realizar un análisis de los flujos migratorios y la normativa en cada sociedad, ya que estos aspectos dibujan el mapa de derechos y deberes de las personas dependientes (Setién & Acosta, 2010). Cuando se expande el Estado de Bienestar (keynesiano-fordista) la división del trabajo sitúa al hombre en la actividad productiva y la reproductiva (con lo que esta actividad conlleva) a la mujer. A finales de los años setenta se producen numerosos cambios (sociales, económicos, políticos e ideológicos) que modificarán la división del trabajo realizada hasta ese momento. Aparecen nuevas políticas sociales que crearán un nuevo mapa en cuanto a la división del trabajo, que

generarán entre otras cosas, políticas de atención a la dependencia o cuidados de larga duración (Bond y Rodríguez Cabrero, 2007). El envejecimiento de la población mundial, las transformaciones familiares, la incorporación de la mujer al mercado laboral, etc., contribuyen a una crisis del modelo tradicional de atención a la dependencia. A partir de los años 80, ya no será la familia la que asuma en exclusiva la atención de cuidados y la protección de personas dependientes. Ahora los cuidados y protección de una persona dependiente pasan a ser un riesgo social que ocasionará demandas al Estado en cuanto a regulación y asunción de costes económicos.

En la mayoría de los países europeos la respuesta ante la situación de dependencia de las personas es un conjunto de prácticas familiares, implicación del Estado (cobertura de prestaciones básicas como derecho universal para todos los ciudadanos) y una asunción por parte de las personas ciudadanas a través de sus recursos. El nivel de respuesta dependerá del tipo de Estado de Bienestar (Taylor-Gooby, 2004; Bonoli, 2005). A pesar de los cambios en los modelos de familia y la incorporación de la mujer al mercado laboral (en una progresión lenta), la carga de los cuidados sigue recayendo en las mujeres (Rogerio, 2010) y las políticas públicas en parte los compensan (Durán Heras, 2000).

El modelo de cuidados familiares se apoya en tres estructuras sociales: una estructura de cuidados informales a cargo de la mujer, como ama de casa y trabajadora, una segunda estructura pública que compensa la carga del cuidado a través del Estado (salario doméstico de la persona cuidadora social, integrándola en la seguridad social como cuidadora de menos de 65 años) o estructura social con apoyos de recursos de la comunidad (ayuda a domicilio o teleasistencia por ejemplo) o servicios residenciales y una estructura financiada con prestaciones económicas (mujeres inmigrantes con jornada regular de 24 horas) (Cabrero, 2011). España sigue el modelo de bienestar Latino-Mediterráneo, en cuanto a la provisión de cuidados, dónde es la familia la encargada de proveer las condiciones necesarias para el cuidado y donde el sector público aparece como subsidiario, que cobra su protagonismo cuando la familia no puede proveer de cuidados (Moreno, 2009). La familia extensa cobra un papel relevante a la hora de la provisión de cuidados y bienestar de las personas que la componen. Su importancia se refleja en el ordenamiento jurídico, donde constan obligaciones legales por parte de esta (Código Civil, artículos 142 y ss.).

En España existe una Ley que establece un marco normativo para la situación de dependencia, la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las

personas en situación de dependencia (Ley de Dependencia). Se declaran 1.2 millones de personas dependientes que se benefician de la ley, pero realmente solo hay atendidas 750.000.

Muchas de las personas dependientes a las que se les reconoce el derecho a los servicios de esta ley, fallecen antes de ser atendidas con el recurso que les correspondía. Esta ley, conocida mayoritariamente por la población española como Ley de Dependencia, intenta fomentar un cambio en los cuidados de personas dependientes en nuestro país. Intenta desarrollar alternativas para la atención de las personas dependientes uniendo la provisión de cuidados informales a los cuidados formales como formas de cuidado que no se oponen sino que se complementan. La finalidad de la ley es mejorar las condiciones de la persona cuidadora y de su salud y prevenir las consecuencias para la salud de la persona cuidadora informal. Cuando hablamos de cuidados podemos distinguir entre cuidados formales y cuidados informales. El cuidado formal está compuesto por una mano de obra profesional y especializada que ofrece sus servicios a cambio de una remuneración. Podemos diferenciar dos tipos de trabajo formal, el que proveen las instituciones públicas y el que se contrata por parte de las familias. En cambio, el cuidado informal es el tipo de apoyo que está provisto por personas del entorno familiar de la persona dependiente y es voluntario sin recompensación económica alguna. Hay tres formas de ayuda: apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional. La investigación de esta tesis doctoral se centra en el cuidado informal que proveen las mujeres de la familia de la persona dependiente y por lo tanto a partir de ahora las denominaremos como mujeres cuidadoras informales.

La mayor parte de los cuidados, en su gran mayoría, recaen sobre las personas cuidadoras informales, las cuales pertenecen al ámbito familiar donde está inmersa la persona dependiente y realizan los cuidados sin remuneración económica alguna. La existencia de estas personas cuidadoras informales favorece el hecho de que la persona dependiente se mantenga dentro de su entorno social y familiar, disminuye el uso de recursos de cuidado formal y evita o aleja en el tiempo, la utilización de un ingreso en institución. Esta situación de necesidad de cuidado de un miembro de la familia genera cambios en las familias y en un gran porcentaje, origina crisis en todos los miembros de ella, especialmente en la persona cuidadora principal, que es quién soporta la mayor sobrecarga emocional, psíquica y física. Tradicionalmente en nuestra sociedad debido a la vinculación de la mujer a la maternidad y por ello a sentimientos maternos se fortalece la separación entre el sexo femenino y

masculino, con la oposición de social y económico (ámbito público) y doméstico y reproducción (ámbito privado). Así las características ligadas al hombre serán la razón, fortaleza, seguridad frente al altruismo, sensibilidad y debilidad que se relaciona con la mujer. Con este perfil femenino ligado a la reproducción debido a la división del trabajo, se genera la responsabilidad social de las mujeres en cuanto al cuidado de una persona dependiente dentro del seno familiar (Gregorio & González, 2012). En las diferencias de género, las instituciones toman un papel muy importante en cuanto a las diferencias de género. Se parte del hecho de que hombres y mujeres ocupan lugares distintos en la familia y en el mundo laboral. Son las instituciones pues, bajo esta perspectiva, quienes limitan la elección del puesto a ocupar en la familia como en el mundo laboral para los dos sexos.

La teoría de la división del trabajo y la toma racional de decisiones propone que ante los cuidados de personas dependientes en la familia, es la propia familia la que tomará las decisiones según la jerarquía de preferencias (Ritzer, 2000). La decisión se toma en base a que los hombres tienen un trabajo remunerado en el mercado laboral generalmente a tiempo completo por lo que su abandono generaría un coste familiar en lo económico, debido a que los salarios de los hombres en el mercado laboral son superiores al de las mujeres y por lo tanto su responsabilidad en el hogar y las tareas de cuidado tendría un mayor coste que el de las mujeres (Hochschild, 1997). Los hombres se ocupan del cuidado solo si las mujeres no pueden hacerlo, por ello son un grupo de más edad (cuidan de sus mujeres en una edad avanzada) y con diferencias con respecto a las mujeres cuidadoras (Yee & Schulz, 2000; (Miller & Cafasso, 1992; Pinquart & Sörensen, 2006).

Las tareas de cuidado generan estrés y esto se relaciona con las demandas dentro del seno familiar que tienen las personas cuidadoras. Así, los hombres cuidadores informales tienen menos tareas y de menor responsabilidad dentro del hogar que las mujeres cuidadoras informales. Conforme avanza la enfermedad de la persona dependiente que cuidan y esto hace que las necesidades de cuidado sean mayores, los hombres abandonan su papel de cuidadores, delegando los cuidados en otras personas del ámbito familiar, que generalmente son mujeres. Los hombres tienden a ocupar el rol de cuidador secundario y las mujeres tienden a tomar el rol de cuidadora principal en cuanto a las necesidades de cuidado en el seno familiar. Las mujeres cuidadoras informales que están inmersas en el mercado laboral, se dispersan más, debido a sus múltiples obligaciones, faltan más a su trabajo y les resulta muy difícil la conciliación familiar y laboral, por ello tienden a abandonar el puesto de

trabajo en mayor medida que los hombres para dedicarse a las tareas de cuidado que se demandan en la familia (Yee & Schulz, 2000).

La normativa y las políticas relacionadas que enmarcan la situación de dependencia de las personas mayores afectan también a las personas cuidadoras. El perfil de la mujer cuidadora en España es el de una mujer de entre 50 y 60 años que dedica al menos 40 horas cada semana al cuidado de su familiar, no está inserta en el mercado laboral y es la cuidadora principal con la responsabilidad que esto supone. El cuidado por parte de estas mujeres cuidadoras informales se prolonga en el tiempo, debido al aumento de la esperanza de vida en nuestra sociedad actual, por lo que las consecuencias de las tareas de cuidado se reflejan en ellas en forma de cansancio, depresión, estrés, dolores crónicos, insomnio, ausencia de relaciones sociales, etc (Durán, 2006).

Las mujeres cuidadoras informales llevan a cabo las tareas personales e instrumentales de la persona dependiente y se implican en las tareas de acompañar y vigilar el estado de su salud, haciéndose cargo de las tareas de cuidado más rutinarias y pesadas y que suponen una mayor dedicación de la persona cuidadora (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004). Verbakel (2014) concluye que España es el país de toda la zona euro que presenta mayores diferencias en cuanto a calidad de vida y bienestar entre las personas que cuidan informalmente (dentro de la familia) de personas dependientes y las que no lo hacen, dando por tanto un matiz negativo al acto de cuidar. Este descenso de calidad de vida y bienestar entre las personas cuidadoras aumenta si el sexo de quién cuida es el femenino debido a la asunción por parte de las mujeres de estas tareas según el mandato social de género que las relaciona con la reproducción y el cuidado en ámbito privado. Serán las esposas, hijas o nietas, las personas que van a realizar las tareas de cuidado informal dentro de la familia, como cuidadoras principales.

El porcentaje de mujeres cuidadoras informales en países desarrollados está en el 60 u 80%, dependiendo del país, debido a estos porcentajes se justifica la preferencia de la literatura científica por investigar sobre los efectos del cuidado en las mujeres cuidadoras informales, a las cuales se las relaciona con una mayor predisposición al estrés y la sobrecarga que genera el cuidado (IMSERSO, 2005).

El desarrollo en España de la Ley de Dependencia, ley que recoge supuestos para el bienestar y cuidado de las personas dependientes y la atención de estas por parte de terceras

personas, requiere de mayor profundización para poner en marcha las demandas y necesidades de las mujeres cuidadoras informales, ya que son ellas como hemos visto en lo expuesto anteriormente, las que representan el mayor porcentaje de las personas que cuidan en este país como cuidadoras principales y que sufren el deterioro en su salud derivado de las tareas y responsabilidades de cuidado.

2. Mujeres cuidadoras informales y los efectos en su salud de las tareas de cuidado

El género de las personas que proveen de cuidados informales es el femenino principalmente como hemos visto anteriormente debido a la división del trabajo. La sociedad refleja unas expectativas (no explícitas) en torno a las mujeres que proceden de la tradición cultural y que sitúa a estas como la principal responsable del acto de cuidar. En una investigación realizada por el INSERSO en 2005 encontramos datos que nos arrojan lo siguiente: el 59% de las personas cuidadores de personas mayores en España piensa que pueden cuidar por igual hombres y mujeres, y el 21% piensa que es mejor que sean mujeres las que cuiden de personas dependientes dentro del seno familiar, cuando se pregunta quienes quieren que cuiden de ellas, un 26% dice preferir a una hija, y solo el 5% prefiere a un hijo. Vemos en estos datos que se sigue viendo “natural” socialmente que sea la mujer la que se dedique al cuidado de las personas dependientes dentro de la familia.

La llamada “crisis de cuidados” ha venido a agravar la situación de las mujeres cuidadoras informales en nuestra sociedad actual. Por una parte se hace responsable en parte a las mujeres de esta crisis debido a su incorporación en los últimos años al mercado laboral, por otra, la crisis económica mundial que impregna nuestra sociedad en la última década, ha hecho que la necesidad económica de muchas familias se supla con la vuelta de nuevo de las mujeres a las tareas de cuidado, debido a la precariedad y escasez de los recursos públicos utilizados para el mantenimiento de las personas dependientes y también a la bajada de poder adquisitivo por parte de las familias para poder adquirir recursos privados, o que estas mujeres cuidadoras informales combinen tareas de cuidado y hogar con empleo en el mercado laboral (Durán, 2006; Setién & Acosta 2010). En España, son mujeres el 75% de las cuidadoras informales de personas con discapacidad y el 60% de las personas cuidadoras principales de personas mayores. Estas cuidadoras informales además asumen las tareas

domésticas y suelen tener una relación de parentesco con la persona a la cual cuidan (García-Calvente, Lozano & Marcos, 2011).

La literatura científica en los últimos años pone en evidencia que son las mujeres las más perjudicadas a consecuencia del cuidado y todo lo que estas tareas conllevan (García-Calvente, Lozano & Marcos, 2011; Hiel, Mariëlle, Beenackers, Renders, Robroek, Burdorf & Croezen, S. 2015). Su salud, física, psíquica, emocional y social se ve afectada en gran medida, y son las mujeres de clases más desfavorecidas y con un menor nivel educativo las que soportan más cargas de cuidado (García-Alberca, Lara & Berthier, 2011). El cuidado de una persona dependiente dentro de la familia conlleva un factor de riesgo para la salud de la persona cuidadora y esto se puede comprobar si observamos sus niveles de estrés, los síntomas de depresión, el deterioro de su salud física y psíquica, su aislamiento del entorno que la rodea, la sobrecarga en las tareas dentro y fuera del hogar, la pérdida de empleo remunerado, abandono de actividades de ocio, etc. (Pinquart & Sorensen, 2003). Encontramos algunas investigaciones que evidencia como el acto de cuidar puede perjudicar la salud de las mujeres cuidadoras, pero se conocen menos estudios que relacionen este deterioro de salud con aspectos socioeconómicos (Durán, 1999; Schulz & Sherwood, 2008; García-Calvente, Del Río & Eguiguren, 2007). La percepción de salud de la mujer cuidadora es menor conforme bajamos en su posición social, pero la relación entre posición social e ingresos en relación a los cuidados ha sido escasamente estudiada.

Los estratos sociales más desfavorecidos se ven mayoritariamente con la necesidad de atender a sus familiares dependientes ya que no existen recursos económicos para poder delegar esta función en otras personas o instituciones. Así ante la imposibilidad de tener acceso a otros servicios públicos será un miembro de la familia quien asuma la responsabilidad de los cuidados, que será mayoritariamente de sexo femenino. La escasez de recursos por parte de la familia es un motivo fundamental para la designación de un miembro familiar para llevar a cabo las tareas de cuidado. La oferta pública deficitaria en relación con la oferta de servicios para las personas dependientes refuerza la decisión familiar de que sea un miembro de la familia quien se ocupe de la persona dependiente. Dentro de la familia serán las personas ocupadas laboralmente las que estén más exentas de esta obligación, frente a las que no estén insertas en el mercado laboral, que serán mayoritariamente mujeres.

La responsabilidad de cuidar recae mayoritariamente como podemos observar sobre las mujeres lo que genera un gran riesgo para su salud a todos los niveles. Las desigualdades de

salud no han sido suficientemente tratadas en la literatura científica y por lo tanto no se contemplan en el sistema de protección ni de salud (Schulz & Sherwood, 2008; García-Calvente, Del Río & Eguiguren, 2007).

La construcción social de responsabilidades en cuanto al cuidado es la directriz que acaba situando a las mujeres al frente de los cuidados familiares de una forma no escrita pero aceptada socialmente. Es una facilitadora de salud que en sus tareas de cuidado pierde la suya propia sin que se tome en cuenta esta repercusión ni se haga nada a través de las instituciones sociales por aminorarla.

La mayor implicación de las mujeres en el cuidado es el factor principal para entender las desigualdades en la salud entre hombres y mujeres. Las mujeres cuidadoras informales han de cumplir con su rol como mujeres con mayores expectativas sociales que los hombres, lo cual hace que dediquen más horas a las tareas de cuidado, las cuales suelen ser más complejas y con mayores dificultades ya que tienen que compaginar los cuidados de personas dependientes con otras responsabilidades dentro de la familia y con responsabilidades laborales en mayor frecuencia que los hombres. Las tareas de cuidado restan más oportunidades a las mujeres que a los hombres y esto hace que el riesgo de consecuencias negativas para su salud sea más alto.

Diversos artículos científicos demuestran que los determinantes socio estructurales en combinación con el estatus económico, las características familiares y del hogar y el género de la persona que cuida, potencian las desigualdades entre ambos sexos con respecto a la salud (Schulz & Sherwood, 2008; García-Calvente, Del Río & Eguiguren, 2007; Chun, Khang & Kim, 2008). Mientras esta afectación de la salud de las mujeres cuidadoras informales está suficientemente reflejada en la literatura científica, no existe unanimidad en cuanto al impacto de la salud en las mujeres cuidadoras informales que compatibilizan roles reproductivos y productivos dentro del mercado laboral. Unas investigaciones resaltan los beneficios múltiples de esta asunción de doble rol, pues les proporciona medios económicos para su independencia y autoestima social (Lee & Powers, 2002) y otras investigaciones resaltan las consecuencias negativas para combinar ambos ámbitos, lo cual deja a la mujer en desventaja ante el control y acceso de los recursos económicos que son necesarios para tener un grado de bienestar aceptable en su vida (Backhans, Lundberg & Mansdotter, 2007).

En cuanto a la sobrecarga que perciben las mujeres cuidadoras informales en sus tareas de cuidado de la persona dependiente como forma de deterioro de su salud, diremos que siguiendo la teoría de Zarit (1996), el concepto de sobrecarga es el grado en el que las mujeres cuidadoras informales perciben su salud, su situación personal, su vida social o su situación económica.

La sobrecarga la podemos analizar de forma objetiva o subjetiva. La sobrecarga objetiva tiene que ver con el tiempo que se dedica al cuidado, las actividades descritas de forma objetiva, las situaciones de estrés que se generan de dichas actividades, etc. La sobrecarga subjetiva es el sentimiento psicológico que la persona asocia al acto de cuidar que puede desencadenar en estrés del rol de cuidadora. Este estrés vendría dado por la percepción por parte de la cuidadora informal de un alto nivel de demandas, pocos apoyos o recursos para realizar adecuadamente su responsabilidad de cuidar. Las mujeres cuidadoras informales en su vida cotidiana se enfrentan a numerosas situaciones de estrés y su respuesta dependerá de cómo valora la situación, el apoyo social del que dispone, los recursos y medios económicos que posee y la ayuda dentro de la familia. Zarit diseñó la Escala de Sobrecarga del Cuidador que constituye una herramienta muy útil a la hora de valorar la sobrecarga. Se ha evidenciado en diversas investigaciones que las mujeres cuidadoras con mayor percepción de sobrecarga denotan peor autopercepción de su salud, de problemas emocionales y muestran la necesidad de hacer recaer la responsabilidad de los cuidados en otros miembros de la familia (García-Calvente, Mateo & Gutiérrez, 1999; García-Calvente, Del Río & Eguiguren, 2007; García-Alberca, Lara & Berthier, 2011).

3. Resiliencia como mecanismo psicológico de resistencia al deterioro de salud de las mujeres cuidadoras informales

Para seguir avanzando en esta temática vamos a enunciar la definición que recientemente la Real Academia Española de la Lengua ha incorporado una de resiliencia, como “*la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas*”. Este constructo es mucho más complejo de lo que encontramos en su definición, además es dinámico y crece a gran velocidad, involucrando muchas disciplinas en su crecimiento, aunque aún falta sistematización a pesar de las evidencias que se muestran a

través de la investigación y de la práctica. Es un concepto que crece en interés como paradigma de investigación y como elemento muy importante en la intervención social.

Resiliencia es un proceso de construcción social donde tanta importancia tienen las variables personales como las del propio contexto. Es un proceso que se comienza desde lo social, la relación de las personas con sus contextos y los ecosistemas humanos, aunque donde se manifieste sea en la forma de comportarse y actuar de las personas como individuos, las familias, la sociedad, las organizaciones, etc.

El análisis de los procesos resilientes solo puede abordarse desde perspectivas integrales que aportan formas de interpretación de elementos más complejos y globales. Estas perspectivas fomentan cualidades de resiliencia en las personas, en las familias, en los grupos, en los contextos que favorecen la colaboración entre todas las partes analizadas y sus circunstancias. Estos procesos de construcción social de resiliencia están influidos por la historia y cultura del contexto que van a condicionar los significados, las vivencias sociales, etc. que están vinculadas a estos procesos y por tanto a la resiliencia que surge de ellos. La resiliencia se define como un elemento dinámico, no estático, con capacidad creativa por el que se construirán interpretaciones de contextos estresores o adversos y de las respuestas que pueden emanar de ellos (Madariaga, Palma, Surjo, Villalba & Arribillaga, 2014).

Toda intervención alrededor del concepto de resiliencia, ya sea personal, educativa o social no podrá tener un carácter determinista con una previsión de antemano hacia determinados procesos, sino que debe ser una intervención de acompañamiento individual que sirva de apoyo afectivo, de toma de conciencia de la realidad y que en todo momento respete los procesos individuales y la diversidad. El conocimiento de los procesos de construcción social de la resiliencia hace que puedan identificarse los recursos y las potencialidades de las personas, de los grupos, las familias o los contextos. La resiliencia no solo puede llevar al afrontamiento de situaciones adversas, sino a una transformación, a un aprendizaje que traspasa el simple hecho de superar las dificultades.

La resiliencia necesita un componente social y afectivo importante para su construcción y unos vínculos emocionales positivos y estables, que pueden provenir o no del ámbito familiar, así como unos procesos de apego que se pueden generar en ella. También requiere una interrelación con el contexto y con la pertenencia a un grupo social, así como una identidad fuerte, ya sea individual o grupal.

Desde las nuevas corrientes de investigación de la resiliencia se propone no mirar a las personas como sujetos con patologías, déficits o carencias sino acercarnos a ellas desde una visión positiva que se centrará en las capacidades, las potencialidades y las opciones de éxito de la persona. Es necesario construir el conocimiento desde las personas, no desde fuera, pues esto permitirá aproximarnos y a sus percepciones y comprenderemos mucho mejor su realidad.

Al acercarnos a la persona toma un papel principal todo lo afectivo, las vivencias, las experiencias narradas desde primera persona como parte del fenómeno a investigar, lo cual nos permitirá una mayor comprensión global de la situación. No resulta fácil por lo tanto determinar solo con un conocimiento externo si una persona es resiliente o no. Será la misma persona quien defina su estado como con resiliencia o no y no alguien externo a su proceso. Hemos de tener en cuenta también que el fenómeno de la resiliencia nos remite a características cambiantes en el tiempo, es decir los estados de la persona a lo largo de su ciclo vital no son permanentes, sino que hemos de hablar de etapas o momentos resilientes que pueden cambiar según las situaciones contextuales y personales (Saavedra, 2011).

Atendiendo al modelo de Saavedra (2003), podemos destacar cuatro momentos en la construcción la conducta resiliente: 1- La existencia de condiciones de base. Todo lo referente a los primeros años de vida del niño/a, su identidad según sus cuidadores y entorno, creencias, cultura, rol social, etc. 2- Construcción de una visión positiva de sí mismo. Esto es su percepción de autoeficacia, su autoestima, el control interno, integración en grupos, etc. 3- Panorámica del problema. Como se aborda la situación, valoración de la experiencia pasada, resoluciones posibles, etc. 4- Construcción de respuesta activa. Respuesta referida a objetivos prácticos y metas alcanzables a corto plazo, involucrando a otros agentes del contexto para asegurar una retroalimentación.

El acercamiento teórico más difundido acerca la resiliencia al plano psíquico, donde se considera la resiliencia como una capacidad o una competencia de la persona ante situaciones estresoras o de riesgo, siendo definida en gran número de veces como una característica de la persona (Block & Kremen, 1996) aunque las nuevas corrientes evidencian, como hemos visto anteriormente otros componentes a la hora de posesión o no de resiliencia. La resiliencia, que se encuentra en muchas personas se manifiesta cuando aparecen determinados eventos (Masten, 2001). Esta definición de resiliencia ha dado lugar al desarrollo de escalas para su medida como las de Connor-Davidson, (2003).

Dentro de este marco de conceptualización y construcción de resiliencia en las nuevas corrientes de investigación hemos podido observar a través de diversos estudios científicos (Gaugler, Kane, & Newcomer, 2007; Wilks & Croom, 2008; Wilks, Little, Gough & Spurlock, 2011) que la posesión de resiliencia en las mujeres cuidadoras informales las protege del deterioro que las tareas de cuidado pueden ocasionar en su salud. Estos estudios revelan que, aunque mayoritariamente el cuidado es un generador de estrés, hay un notable número de personas cuidadoras informales que en sus discursos y/o narrativas o en los resultados de las investigaciones cuantitativas, revelan elementos positivos que se derivan de las tareas de cuidado. Autores como Cohen, Colantonio & Vernich (2002) nos revelan en sus investigaciones que el 73% de las personas cuidadoras informales señalan al menos un aspecto positivo derivado de la acción de cuidar que se traduce en menores índices de carga percibida y mejor salud.

El acto de cuidar de una persona del entorno familiar y acompañarla en su etapa final de vida, es percibida por un gran número de personas cuidadoras informales como una satisfacción que genera sentimientos de bienestar y que por lo tanto podemos llamar efectos positivos del acto de cuidar. Cohen, Colantonio & Vernich (2002) en sus investigaciones muestran que el 73% de las personas cuidadoras informales de personas mayores muestran un aspecto positivo en el acto de cuidar y eso se traduce en menores índices de carga percibida y de salud. Las personas cuidadoras informales sienten satisfacción en dar compañía, cumplir con su deber, ser útiles, etc a la persona dependiente. La suma de todas estas satisfacciones las denominamos beneficios del cuidado.

Pinquart y Sörensen (2003), identifican 228 estudios que valoran los efectos de diversas consecuencias positivas del cuidado. Estos beneficios se relacionan con menor carga, menor depresión, menor estrés, etc y amortiguan los efectos negativos del acto de cuidar. Los resultados de estos dos investigadores nos muestran una relación entre la percepción de beneficios de las tareas de cuidados y las situaciones estresoras, lo cual lleva a la conclusión de que la percepción de los beneficios por parte de la persona cuidadora informal depende de otros aspectos que surgen de la relación persona cuidadora – persona cuidada (cercanía con la persona cuidada o personalidad de la persona cuidadora). Otros autores (Heru & Ryan, 2006; Kinney & Parris Stephens, 1989; Pakenham, Chiu, Burnsall & Cannon, 2007; Rapp, Shumaker, Schmidt, Naughton & Anderson, 1998) ponen el acento en la importancia de la percepción del contexto de la persona cuidadora informal.

4. Estrategias de intervención para la promoción de resiliencia

Reconocido a través de la literatura científica que el cuidado ocasiona un alto estrés, deterioro y percepción de sobrecarga en las mujeres cuidadoras informales y como esto les afecta en su autoestima, autocuidado, afrontamiento de las tareas de cuidado, toma de decisiones y relaciones con su entorno más cercano, cabe pensar que la puesta en marcha de una intervención con una serie de técnicas que aborden a la persona desde una perspectiva integral y que promuevan estrategias para dar respuesta a las demandas que generan las tareas de cuidado puede llevarlas a la consecución de unas respuestas de afrontamiento y toma de decisiones con respecto al cuidado de una forma más saludable. Estas técnicas fomentaran la atención en el momento presente, el fortalecimiento de salud física y mental, el desarrollo de nuevos campos de contacto con el entorno social, el desarrollo de la autoestima, la comunicación, la atención, la resolución de conflictos, la relajación, el equilibrio y el control.

Estos elementos favorecerán un empoderamiento de las mujeres cuidadoras informales que promoverán una buena salud, física, psíquica, emocional y social. Todas estas técnicas de trabajo integral tienen en común buscar la satisfacción vital de la persona proporcionando herramientas que generen en las mujeres cuidadoras informales soluciones a la resolución de conflictos generadas por la carga que suponen las tareas de cuidados sobre su salud. A continuación, vamos a especificar cada una de ellas:

4.1. Mindfulness.

Cuando hablamos de mindfulness hemos de hablar de los autores que la desarrollan y definen esta disciplina: Bishop, (2002); Baer, (2003); Kabat-Zinn (2003); Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, (2004). Decir mindfulness es hablar de conciencia plena y se define como la intención de centrar la atención en el presente, aceptándolo tal cual, sin juicios, sin pensamientos ni reacciones emotivas de ese momento. Conciencia plena es una actitud que tiene como premisa prestar atención en lo que ocurre en el momento presente, en el aquí y el ahora. Mindfulness transmite la enseñanza de aceptar las experiencias, internalar no suprimirlas o evitarlas. Hay que prestar atención a todo lo que sucede en el tiempo presente (lo físico y lo mental) y no perseguir otro objetivo que la contemplación del momento no aferrándose a nada (Kabat-Zinn, 1996). Las mujeres cuidadoras informales debido a sus múltiples responsabilidades dispersan su atención y esto hace que se generen cuadros de

estrés debido a la pérdida de control de la situación. El centrar su atención en el momento presente será una herramienta que puedan utilizar para vivir las situaciones diarias que generan las tareas de cuidado, una a una, afrontando y resolviendo sin que medien las emociones o los juicios.

4.2. Pilates.

Joseph Pilates creará un método de trabajo físico unido a la respiración a raíz de su enfermedad. Pilates se inicia en la práctica de yoga, tai chi y meditación Zen. Pronto se empiezan a ver en él los resultados con una mejora de salud casi inexplicable y se extenderá a disciplinas como la danza, el boxeo, deportistas, etc. Para Fernández, Santana & Merino (2011), Pilates fue un avanzado en su tiempo, ya que fue de los primeros en acercarse a disciplinas como el yoga o el zen. En su método toma claves orientales tales como el trabajo interior, el control y la concepción global de la persona con una unidad mente-cuerpo-espíritu (Isacowitz, 2009).

Los ejercicios del método Pilates están basados en repeticiones cortas unidas a una correcta respiración. Este método mejora la condición física, aporta flexibilidad, fuerza, equilibrio y coordinación, mejora el estado de ánimo, reduce el estrés, el dolor y la agresividad. La práctica continuada de este método Pilates promueve un bienestar físico, psicológico y emocional en las personas y previene las alteraciones de salud (Sánchez-Meca & Botella, 2010). Las mujeres cuidadoras informales suelen tener dolencias físicas derivadas de los esfuerzos que han de realizar con la persona dependiente. Este tipo de prácticas puede fortalecer su físico, pero también el trabajo corporal lleva a una liberación de estrés y de dolor además de favorecer la concentración en el momento, pues los ejercicios han de ir acompañados por un tipo de respiración específica. Todo el trabajo con este método tiene como resultados un bienestar tanto físico, psicológico y emocional que beneficia a las mujeres cuidadoras informales.

4.3. Yoga.

Es una técnica de trabajo personal que proviene de la medicina tradicional de la India la cual tiene como finalidad principal la promoción de la salud. En los últimos años esta disciplina ha arraigado mucho en Occidente debido a sus múltiples beneficios. La parte de yoga que más se ha difundido en Occidente Hatha-Yoga, que es una parte de yoga que reúne

una serie de posturas y movimientos estáticos y ejercicios de respiración, concentración y meditación en los que trabajan a la vez, el cuerpo, la mente y la energía. Entre los muchos beneficios de la práctica de yoga prolongada en el tiempo están el control respiratorio y la mejora cardiovascular. Existen algunas técnicas de control de la respiración que aumentan la temperatura corporal e incrementan la respuesta cardíaca en el tiempo en que el flujo del hígado y del corazón decrece, así como mejora el flujo sanguíneo y cerebral debido a la inversión de muchas posturas (Madanmohan, Thombre, Balakumer, Nambinrayanan, Thakur & Krishnamurthy, 1992). Esta técnica es muy adecuada para la práctica de las mujeres cuidadoras informales, pues parte de la premisa de contemplar a la persona desde una perspectiva global. En ella se trabaja el control de la mente a través del trabajo postural y de respiración. Las posturas practicadas en Yoga necesitan de una gran concentración en su relajación debido a las numerosas posiciones de equilibrio, lo que hace que la persona que lo practica esté en todo momento con la atención puesta en el momento y con un control de su respiración. Las diversas posturas que se practican ayudan a la mejora muscular, sanguínea y de relajación. La práctica y control de la relajación será muy adecuada para ellas en el control del estrés y del afrontamiento que los retos del cuidado plantean a diario.

4.4. Tai Chi Chuan y Chi Kung.

Tai Chi Chuan es una práctica desarrollada en su origen como arte marcial en la antigua china y que se caracteriza por una serie de movimientos encadenados y que conforman un kata o tabla. Estos movimientos están enlazados con el uso adecuado de la respiración y con un control del espacio tiempo a la hora de realizarlos. Estudios como los de Jahnke, Larkey & Rogers (2010) refieren que en estas prácticas las personas que las realizan tengan que estar centradas en el momento presente con conciencia postural de su cuerpo y control de su respiración. Los ejercicios se realizan utilizando direcciones distintas dentro del espacio donde se realizan y requiere una buena coordinación pues a veces las piernas se mueven en una dirección y los brazos en otra. Es una práctica que promueve un estado de silencio para poder trabajar correctamente los ejercicios, para ello utiliza el control de la respiración y de la energía. Estos autores demuestran que la práctica de Tai chi chuan y Chi kung mejora las enfermedades cardiovasculares, ayuda a la concentración, promueve una correcta postura, mejora el equilibrio y la relajación debido a la constante atención que la persona que practica debe poner en ella y a través de este trabajo de respiración se consigue un estado de calma y

relajación que mejora ostensiblemente los problemas de sueño. Las mujeres cuidadoras informales están sometidas a un gran estrés y sobrecarga debido a las tareas de cuidado. En estas tareas su cuerpo se ve afectado por contracturas musculares debido a la tensión que origina el cuidado de la persona dependiente, que en la mayoría de las ocasiones ha de abordarlo sola. El trabajo que promueven estas dos prácticas ayuda a centrarse en el momento, a un control del estrés a través de la respiración, el equilibrio, a la coordinación desde la calma de varias responsabilidades a la vez y la mejora de la calidad del sueño, son elementos muy beneficiosos para las tareas de cuidado cotidiana que van a proporcionar a las mujeres cuidadoras un mayor bienestar

4.5. Técnicas de promoción y desarrollo de emociones positivas basadas en la Psicología Positiva.

Una de las especialidades básicas de la psicología positiva son las emociones positivas, como se producen, que efectos tienen, como funcionan y su relación con otras áreas de la psique. Durante años la psicología se ha ocupado más de las determinadas emociones como el miedo, la ira, y no de otras como el amor o el agradecimiento con una carga mucho más positiva que las anteriores. A pesar de la dificultad que entraña definir adecuadamente una emoción positiva, esa es la finalidad principal de la psicología positiva.

Es muy importante porque estas emociones generan sensaciones de bienestar para la persona y efectos positivos en diversas áreas de funcionamiento psicológico. Algunos de estos efectos son la capacidad para la resolución de problemas, resistir el dolor, fomento del altruismo y la empatía (Avia y Vázquez, 1998). Según la teoría de la ampliación y la construcción desde la psicología positiva se plantea que las emociones positivas tendrían como función esencial el despliegue de nuevas habilidades y comportamientos (Redrickson, 1998). Otro elemento que estudia la psicología positiva es el de las fortalezas de la persona. Detectar y comprender el origen de las fortalezas de la persona es un tema que aborda la psicología positiva desde los últimos años, y que sigue siendo una tarea pendiente, en contraposición al estudio que hasta ahora ha sido mayoritario de factores de riesgo en la conducta de la persona con una clasificación de negativos. Chris Peterson y Martin Seligman (2009) dieron lugar a la clasificación de 24 fortalezas. Dentro del estudio de las fortalezas de la persona, uno de los campos más interesantes para la psicología positiva ha sido el que estudia las respuestas resilientes (Bonano, 2005). Desde la psicología positiva se desarrollan

prácticas de conocimiento personal con ejercicios para el conocimiento de las competencias y habilidades de la persona, lo cual genera autoestima y autoconcepto, así como se realizan prácticas para el reconocimiento de las fortalezas de la persona y los mecanismos de resolución de problemas. Todas estas prácticas favorecen el autoconocimiento de las mujeres cuidadoras informales lo cual les genera estrategias de afrontamiento y toma de decisiones basadas en sus competencias y aptitudes, además de generar en ellas una mayor seguridad y autoestima basadas en el conocimiento de sus valores y de sus fortalezas.

4.6. Fortalecimiento de las relaciones personales a través de las tecnologías del conocimiento y la información.

Las Tecnologías de la comunicación y la información y el uso de las Redes Sociales han revolucionado nuestra sociedad en las últimas décadas. Estas tecnologías pueden desarrollar ventajas y desventajas en cuanto a su uso. Nosotros en esta tesis doctoral vamos a centrarnos en las ventajas que poseen. El uso de esta tecnología proporciona en las personas un poder de conocimiento que le llevará a toma de decisiones reflexivas y críticas con información adecuada (Markiewicz, 2002). Esta información además puede ser un elemento que puede modificar conductas y actitudes tanto a nivel individual como grupal (Basz, 2008).

El conocimiento de información de otras colectividades, grupos o personas a través de las tecnologías de la comunicación, la información y las redes sociales genera una solidaridad y empatía con otras circunstancias y culturas que de otra forma no conoceríamos. Permiten la relación de personas que no puedan estar en un espacio físico al mismo tiempo, permite solicitar ayuda o consejo a personas que estén indecisas o dubitativas en alguna temática y da acceso a información relevante en cualquier materia que necesitemos. Las mujeres cuidadoras informales a través del manejo de esta tecnología pueden intercambiar relaciones con amistades, con las cuales debido a las horas dedicadas al cuidado no puedan realizar de otra forma, pueden pedir consejos derivados de las tareas y responsabilidades de cuidado, siguen inmersas aunque sea de forma virtual en el contexto social, tienen acceso a información de contenidos relacionados con los cuidados, o con la temática de la enfermedad relacionada con la persona dependiente que cuida, incluso con el personal sanitario relacionado con la atención a la dependencia.

5. Objetivos

5.1. Objetivo general.

Estudiar la eficacia de las técnicas integrales propuestas en esta investigación en la promoción de la resiliencia como forma de obtención de una buena salud, física, psíquica, emocional y social.

5.2. Objetivos específicos.

Para conseguir el objetivo general en esta tesis partimos de unos objetivos específicos que organizarán de una forma más adecuada la información obtenida en los tres estudios que se han realizado al respecto y de los cuales hemos obtenido datos que nos llevan a la consecución del objetivo general.

1. Explorar variables explicativas de la salud y /o deterioro en las mujeres cuidadoras informales como consecuencia de las tareas de cuidado.
2. Identificar recursos que promuevan la resiliencia como mecanismo psicológico de resistencia al deterioro en la salud que produce el acto de cuidar.
3. Analizar propuestas de intervención basadas en diferentes técnicas integrales que promuevan la resiliencia en las mujeres cuidadoras informales objeto de nuestra investigación.

ESTUDIOS EMPÍRICOS

La parte empírica de esta tesis está articulada a través de tres estudios independientes pero relacionados entre sí. El Estudio 1 investiga la percepción de las mujeres cuidadoras informales y su relación con el deterioro de su salud, que producen las tareas de cuidado de personas dependientes. Las participantes son 13 mujeres cuidadoras informales con una intervención que consta de ocho sesiones con una metodología cualitativa para la obtención de datos. El Estudio 2 investiga la Resiliencia como mecanismo psicológico promotor de salud a todos los niveles, de las mujeres cuidadoras informales. Las participantes son 17 mujeres cuidadoras informales con una metodología cualitativa basada en los discursos a través de entrevistas semiestructuradas individuales. El Estudio 3 investiga la idoneidad de las técnicas integrales utilizadas en la intervención, que pueden empoderar a las mujeres cuidadoras informales y por tanto facilitar la obtención de resiliencia en las mujeres cuidadoras informales como forma de vida saludable. Se realiza con 111 participantes, todas ellas, mujeres cuidadoras informales y se utilizó una metodología mixta, con instrumentos cuantitativos y cualitativos para la recogida y análisis de los datos. Cada uno de los Estudios se compone de: Introducción, Método, Resultados y Discusión. Finalmente se reflejarán las conclusiones elaboradas a partir de los tres estudios y de los resultados globales obtenidos, las limitaciones de la investigación y las aportaciones para investigaciones futuras. Finalmente aparecerán las referencias bibliográficas de toda la investigación doctoral y el anexo.

Estudio 1. El cuidado informal de las personas dependientes como problemática de las personas cuidadoras: las mujeres como cuidadoras informales.

Introducción

Las sociedades occidentales se caracterizan en la actualidad por un envejecimiento de la población (Hallberg y Lagergren, 2009). La sociedad española también sigue este modelo de envejecimiento con una baja mortalidad y fecundidad lo cual se traduce en datos como los del primer semestre de 2013, donde se produce una reducción del número de nacimientos en un 6,2% y la mortalidad desciende un 6,1%, respecto al mismo periodo del año anterior. En 2014, la población se redujo un 0,15%, una tendencia negativa que se mantiene desde 2012 (INE, 2014). Otra característica demográfica en las sociedades occidentales en este siglo incluida la española, es el aumento que se está produciendo dentro del colectivo de personas mayores de 80 y más años, cuya evolución y crecimiento será superior al del grupo de personas de entre 65 y más años en su conjunto (EUROSTAT, 2003).

No obstante, el fenómeno del envejecimiento no conlleva de forma simétrica un número de personas mayores dependientes, ya que la edad de las personas no es el único factor que determina la aparición de problemas de dependencia, sin embargo, sí es cierto que las enfermedades crónicas están relacionadas con su aparición, siendo estas responsables del 86% de la carga total de morbilidad entre las personas menores de 70 años a nivel mundial (Organización Naciones Unidas, 2002). Este aumento de personas mayores dependientes en los últimos años origina necesidades de servicios y bienes relacionados con la salud, la calidad de vida y con los sistemas de protección social, así como cuidados de larga duración que los estados deben proveer a su ciudadanía (Escudero-Carretero, García-Toyos, Ruiz Román, Cía.-Ramos, Fernández-López, y Sanz-Amores, 2010).

En España los cuidados de personas dependientes se llevan a cabo desde diferentes instituciones sociales: el Estado (residencias, hospitales, etc.), la familia (cuidado de abuelas a nietos, de hijos a padres, etc.), el mercado (servicios con fines de lucro) u otras instituciones (organizaciones sin fines de lucro, etc.). Las personas requieren cuidado cuando necesitan ayuda para desarrollar alguna de las actividades de la vida diaria (Rogerio, 2010). Cuando las personas tienen dificultades para realizar estas actividades en su vida cotidiana podemos decir

que existen cuatro posibilidades con respecto a recibir ayuda o cuidado: que reciba cuidado informal, que reciba cuidado formal, que reciba cuidado formal e informal o que no reciba ningún tipo de cuidado.

El tipo de cuidado viene dado por la institución o instituciones y personas que lo realizan, por la situación de la persona que lo recibe, y por el ámbito en el que se desarrolla (Chappell y Blandford, 1991). Según la procedencia de los cuidados hablamos de cuidado formal, el cual se define como aquellas acciones que un profesional o institución oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás. Por ello hablamos de dos tipos básicos de cuidado formal: el que se provee desde las instituciones públicas, y el que se contrata a través de las familias (Chappell y Blandford, 1991). Otro tipo de cuidado es el informal que tiene las siguientes características: es desarrollado por personas de la red social de la persona receptora del cuidado y se provee de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración económica (Andersson, Levin y Emtinger, 2002).

En esta investigación vamos a centrarnos en los cuidados informales y en los efectos que estos producen sobre las personas cuidadoras. Fast, (1999) concluye en su investigación que el 87% de las personas cuidadoras tienen problemas derivados de las tareas de cuidado. Estos problemas afectan a diversos ámbitos de la relación y generan multitud de desajustes como pueden ser los conflictos dentro de la familia, situaciones de estrés debido a la necesidad de asumir responsabilidades no planificadas, tabúes con respecto al sexo o conflictos debido a la posición entre los distintos miembros de la familia con respecto a la persona cuidada y a la cuidadora. Estudios empíricos muestran que el 56% de las personas cuidadoras se ven afectadas en su salud, el 61% en su mundo laboral o económico y el 80% en su tiempo libre, ocio y vida familiar (Rogerio, 2010). Fast (1999) señala, además, que el cuidado tiene una gran repercusión en la vida de las personas que cuidan y que afecta también a más colectivos relacionados con la persona cuidada. Así podemos decir que afecta a las personas cuidadas, a los cuidadores informales, a las familias y entorno de las personas cuidadoras, a los empleadores de las personas cuidadoras y a la sociedad en general.

El acto de cuidar, por lo tanto, conlleva unas consecuencias relacionadas con las tareas de cuidar que se pueden clasificar en económicas o no económicas (Brouwer et al., 1999; Fast, Williamson, y Keating, 1999). En esta investigación nos centraremos en las consecuencias no económicas y en sus efectos sobre las personas que cuidan. Los costes no

económicos del acto de cuidar se refieren al deterioro en cualquier dimensión de la calidad de vida de las personas, como el bienestar, la salud física o psíquica, las relaciones y las actividades sociales (Fast, 1999).

Los efectos derivados de estas consecuencias son los efectos sociales (Zambrano & Rivera, 2000), que pueden ser fácilmente observables (dolencias físicas, depresión o estrés, etc.) o difícilmente observables (ausencia de redes de apoyos, pérdida de oportunidades laborales, etc.). Podemos deducir que no es tarea fácil identificar las consecuencias y los efectos del cuidado informal en la vida cotidiana de la persona que cuida. Para hacerlo es muy importante tomar en consideración las percepciones y autopercepciones de la persona cuidadora por el papel crítico que juegan en el modo en que la situación es vivida y las consecuencias de la misma. Rogero (2010) muestra la complejidad y diversidad de estas percepciones, algunas positivas, como es el reconocimiento y valoración por parte de la familia de la tarea de cuidado, y otras negativas como es una intensa sensación de pérdida de oportunidades en el ámbito de las relaciones sociales.

Un estudio realizado en España (Imsero, 2005) analiza la naturaleza de estas consecuencias en función del género del cuidador. Según el mismo, el 80% de los/as cuidadores/as, independientemente de su género, manifiestan que la actividad del cuidado altera de modo sustancial el modo en que organizan su tiempo de ocio, su tiempo libre y sus relaciones familiares. Así, el 62% de los cuidadores reportan una reducción significativa de su tiempo libre y de ocio, y un 38% señalan la imposibilidad de disfrute de vacaciones. Sin embargo, las mujeres cuidadoras muestran un perfil específico de consecuencias en su vida cotidiana: problemas para incorporarse y mantenerse en el mercado laboral; problemas de salud, fundamentalmente de carácter psicológico, recurriendo con mayor frecuencia a medicación o a la solicitud de ayuda a través de servicios de asesoramiento psicológico o de servicios psiquiátricos. (Imsero, 2005).

Basándonos en los datos que el Imsero publicó en España en 2005, sobre el cuidado a las personas mayores en los hogares españoles, encontramos que el 84% de los cuidadores de mayores dependientes en nuestro país son mujeres. Lo más habitual es que la cuidadora sea la hija (50%) o la esposa o compañera (12%), y en menor medida las nueras (9%); porcentajes estos que contrastan claramente con los de cuidadores hijos, esposos o yernos, que son del 8%, 5% y 2%, respectivamente. La carga del cuidado recae como nos indican las cifras sobre

una mujer, habitualmente la hija o la esposa de la persona dependiente (Crespo y López, 2007).

Las cifras de mujeres cuidadoras oscilan entre el 60 y el 85% en diversos países y en función del tipo de persona cuidada. Debido a las cifras tan dispares entre hombres y mujeres, no es de extrañar que se le preste más atención a los efectos del cuidado sobre las cuidadoras, a las que, por otra parte se las considera más vulnerables a la tensión y el estrés, ya que combinan sus tareas de cuidado en distintos ámbitos dentro de la familia (Chiweshe, y Gusha, 2012). Los cambios sociales de los últimos años no parece que hayan modificado los datos estadísticos en cuanto a las personas destinadas a cuidar informalmente de personas dependientes. Además, no solo no disminuyen los porcentajes de mujeres cuidadoras, sino que aumentan desde 1995, fecha del anterior informe del Imsero sobre este tema. Las cifras van de un 83% a un 84% de cuidadoras en el último informe de 2005. El género de las personas que cuidan se relaciona con las expectativas no escritas sobre quién debe cuidar en nuestra sociedad patriarcal. Según este estudio, aunque el 59% de las personas cuidadoras de nuestro país, cree que pueden cuidar por igual hombres y mujeres, y tan solo el 21% considera que es preferible que sean las mujeres las que cuiden, cuando se les pregunta quiénes prefieren que les cuiden a ellos en su vejez, un 26% muestra su preferencia por una hija, frente al 5% que preferiría a un hijo, y al 14% que opta por hijos o hijas indistintamente.

Este hecho no es exclusivo de España, sino al contrario, son unos datos que se repiten en distintos países. En Estados Unidos, la encuesta nacional realizada en 2004 (NAC & AARP, 2004) indica que el 63% de los cuidadores de personas dependientes demás de 50 años son mujeres, mientras que lo son un 59% de los cuidadores de enfermos de Alzheimer (Alzheimer's Association & National Alliance for Caregiving – NAC-, 2004). Por su parte el Instituto Australiano de Salud y Bienestar, en un informe publicado en 2007, indica que el 54% de los cuidadores de mayores de 60 años de ese país son de género femenino. El porcentaje de mujeres se incrementa cuando se consideran únicamente cuidadores primarios: en Estados Unidos, pasan entonces a un 81% (según los datos de la encuesta de NAC & AARP, 1997), y en Australia al 71%, lo que parece indicar que una parte de los cuidadores varones de estos países actúan como cuidadores secundarios.

Como argumenta en su investigación Lee (1992), las diferencias de género en las tareas de cuidado de las personas en situación de dependencia vienen a ser una manifestación de las diferencias en cuanto a roles dentro de la familia, y a la división del trabajo. Algunas de estas

diferencias se relacionan con la responsabilidad adquirida a través de los mandatos de género por parte de las mujeres y esto a su vez está en relación con el autoconcepto que subyace en las mujeres (Gilligan, 1982).

Según esto, las mujeres tendrían más motivación/obligación personal hacia las actividades de cuidado debido a la relación emocional con las personas receptoras de estos cuidados (Allen y Walker, 1992); Walker, Pratt y Oppy, 1992). A través de estudios científicos se observa que la mayor parte de las personas cuidadoras de personas mayores son mujeres de mediana edad que cuidan simultáneamente a niños/as y a adolescentes, junto con sus padres y/o madres y esto durante varias generaciones (Mack y Thompson, 2004).

En la siguiente figura podemos ver como en el año 2016, se siguen repitiendo los patrones de género en los que las mujeres siguen siendo las principales responsables de personas dependientes en el seno familiar.

Figura 1. Las mujeres en el trabajo, Tendencias 2016, Organización Internacional del Trabajo; El empoderamiento económico de la mujer en el cambiante mundo del trabajo, informe del Secretario General, E/CN.6/2017/3, diciembre de 2016



1. Consecuencias en la salud, en el bienestar, la calidad de vida y los recursos sociales de las personas cuidadoras

Numerosos estudios relacionados con los cuidados como los que vamos a mencionar a continuación, aportan datos sobre la incidencia negativa de las tareas de cuidado sobre la salud física y psicológica de las personas cuidadoras. Las principales consecuencias sobre la salud identificadas por la literatura científica son de carácter emocional, estrés, alteración de los estados de ánimo, sensación de pérdida del control del cuerpo y de la autonomía (Fast, 1999), episodios depresivos, (Van der Born-Van, Zanten, Sascha, Dongelmans, Dettling-Ihnenfeldt, Vink, y Van der Schaaf, 2016), procesos de autoculpabilización, descuido en el autocuidado (Zverová, 2012), etc. Diversos estudios han reportado que las personas cuidadoras presentan tasas de morbilidad mayores que el resto de la población (Borsje, Hems, Lucassen, Bor, Pot, y Koopmans, 2015).

Diversos autores mantienen según los datos obtenidos en sus investigaciones que el estrés mantenido en el tiempo por parte de las personas que cuidan puede llevar al denominado “síndrome de burnout”, el cual desemboca en signos de agotamiento emocional, inadecuación con la tarea que se realiza, estados permanentes de nerviosismo, insomnio, irritabilidad, comunicación deficiente, baja autoestima, etc. (Laschinger, Grau, Finegan, y Wilk ,2010). El grado de dependencia del receptor y la prolongación de la situación de cuidado han sido relacionados con síntomas depresivos (Montoro y Rodríguez, 1999), (Izawa, Hasegawa, Enoki, Iguch, y Kuzuya, 2010). Otros datos en este sentido como los resultados de la Encuesta de Apoyo Informal a Mayores en España 2004 (IMSERSO, 2004) son reveladores en este aspecto y nos muestran como el 33% de las personas cuidadoras se encontraba cansada debido al cuidado, el 28% consideraba que su salud se había deteriorado debido a esta situación y hasta un 27% afirmaba no tener tiempo para cuidar de sí misma, lo que constituye un buen indicador de lo que se ha denominado el “cuidador descuidado” (Peinado Portero y Garcés de los Fayos, 2004) y que alude a la desatención del cuidado propio por la atención a otra persona.

En los efectos del cuidado sobre la salud de las personas cuidadoras, juega un papel muy importante el contexto social e individual. La conexión se pone de manifiesto por la perspectiva del “stress and coping”, que plantea que el estrés va a estar relacionado con los recursos personales y sociales de la situación que lo genera. Otros estudios científicos de corte social concluyen que las relaciones interpersonales en la vida de las personas

cuidadoras es de vital importancia (Pope, Kolomer y Glass, 2012). Un indicador a tener en cuenta en las consecuencias del cuidado informal en las relaciones sociales de las personas cuidadoras es el uso del tiempo. Este indicador sitúa a la persona cuidadora en el hogar, con un aumento del tiempo de trabajo no remunerado y con escaso o nulo tiempo libre y de ocio (Bittman, M., Fast, J., Fisher, K. & Thomson, C., 2004). De este modo, las tareas de cuidado interfieren en la posibilidad de establecer y mantener relaciones sociales, en la calidad de estas relaciones y en la participación en actividades de carácter social y comunitario. Las escasas relaciones sociales y el tiempo que pasa la persona cuidadora con la persona dependiente hacen que la vida social del cuidador/a gire en su mayor tiempo entorno al cuidado (Fast, Williamson & Keating, 1999).

Por ejemplo, en el caso de España la reducción del tiempo dedicado a relaciones sociales por parte de las mujeres cuidadoras alcanza el 63,69% (INE, 2003). Esta circunstancia es especialmente crítica ya que el bienestar de la persona cuidadora depende en gran parte de las relaciones familiares y de su relación con la persona cuidada (Roberto y Jarrott, 2008). Pero este cambio en la vida social de las personas cuidadoras no se limita a una mera reducción de las mismas, sino que de modo paralelo se generan procesos como la pérdida de contactos con su entorno, cambio de los roles normativos (por ejemplo, el rol de madre e hija a la hora de aportar cuidado, atenciones y protección), (Walker, Pratt, y Oppy, 1992). La revisión de literatura científica en torno a los cuidados nos lleva a formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Los programas formativos holísticos pueden producir cambios en las percepciones de salud, bienestar, calidad de vida y recursos sociales en las mujeres cuidadoras? Para poder responder a esta pregunta nos planteamos los siguientes objetivos: por una parte, conocer si las percepciones sobre salud, bienestar, calidad de vida y apoyo social, de las mujeres adultas y mayores cuidadoras informales, se ven modificadas por su participación en un programa de entrenamiento con técnicas integrales constituido por distintas disciplinas.

Por otro, nos proponemos estudiar las relaciones entre las percepciones de las mujeres cuidadoras y su salud, relaciones sociales, calidad de vida y satisfacción social.

Método

1. Participantes

La muestra está compuesta por trece participantes, de sexo femenino, con edades comprendidas entre 45 y 70 años, cuidadoras informales de algún miembro de su familia. Son mujeres, en su mayoría, casadas, que se dedican además de a las tareas de cuidado, a las tareas domésticas, el cuidado de hijos/as y en algunas participantes al trabajo remunerado en el mercado laboral. Si nos centramos en el análisis de los participantes teniendo en cuenta las variables sociodemográficas de la muestra se observa que, en función de la edad, hay un 38.5% de mujeres con menos de 55 años, un 38.5% de mujeres entre 56 y 65 años y un 23% de mujeres con 66 años o más. Con relación al nivel de estudios la mayoría de la muestra tienen un nivel de estudios bajo (53.8%) o medio (30.8%) frente al 15.4% que tiene un nivel alto de estudios. Y según el tipo de convivencia el 84.5% de las mujeres de la muestra viven acompañadas frente al 15.4% que viven solas.

Tabla 1. Características de las participantes en la muestra del Estudio 1

Participantes	Edad	Estado civil	Hijos	Hermanos	Trabajo	Situación financiera	Situación de salud
Trinidad	66	Casada	4	3 hermanos, 65, 69, 70	Ama de casa (fuera del mercado laboral)	Posee ahorros	Artritis Dolor de espalda
Concepción	66	Viuda	2	2 hermanos, 69, 72	Ama de casa (fuera del mercado laboral)	Posee ahorros	Dolor de espalda
Manuela	55	Casada	2	2 hermanos, 70, 67	Ama de casa (fuera del mercado laboral)	Suficiente y con ahorros	Osteoartritis
Regla	61	Casada	3	5 hermanas, 65, 58, 53, 49	Tiempo parcial (cocinera)	Posee ahorros	Fibromialgia Dolor muscular por golpe
Inmaculada	48	Casada	1	2 hermanos, 54, 52	Tiempo completo (enfermera)	Suficiente y con ahorros	Dolor de espalda
Felisa	62	Casada	3	3 hermanos, 68, 69, 70	Ama de casa (fuera del mercado laboral)	Posee ahorros	Osteoartritis
M. Isabel	58	Casada	2	2 hermanos, 66, 69	Ama de casa (fuera del mercado laboral)	Suficiente y con ahorros	Fibromialgia Dolor muscular por golpe
M. José	49	Casada	2	2 hermanos, 58, 59 3 hermanas, 50, 58, 59	Ama de casa (fuera del mercado laboral)	Suficiente y con ahorros	Back pain
M Dolores	47	Casada	2	2 hermanos ,56, 53 1 hermana, 50	Ama de casa (fuera del mercado laboral)	Posee ahorros	Dolor de espalda
M Isabel	65	Casada	2	3 hermanos, 64, 63, 60	Ama de casa (fuera del mercado laboral)	Suficiente y con ahorros	Fibromialgia
Inmaculada	50	Casada	2	1 hermano, 53 1 hermana, 47	Tiempo parcial (asistente superior)	Suficiente	Dolor de espalda
Ana	60	Casada	2	2 hermanos, 66, 64	Ama de casa (fuera del mercado laboral)	Suficiente	Ninguna
Hortensia	65	Casada	2	2 hermanas, 63, 58	Tiempo complete (asistente superior)		Dolor de espalda

2. Instrumentos y Procedimiento

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con una recogida de datos basada en las investigaciones sobre entrevistas cualitativas de Bodgan y Biklen (2007). Antes de realizar la entrevista a las participantes del estudio se les mostró un documento a firmar, donde se plasmará su consentimiento a participar en la investigación, su conformidad con los objetivos de la misma, con el investigador principal y con las explicaciones previas a la intervención. El método de análisis de los datos se realizó en base a las similitudes y diferencias para las distintas categorías de análisis de la Grounded Theory de Charmaz (2006).

El procedimiento se basó en un programa de intervención de doce sesiones que incluía distintas disciplinas holísticas. Estas sesiones se organizaron según la temática a tratar. Su cronología fue una sesión por semana durante cuatro meses, siendo cada sesión de dos horas y media de duración. Al final de cada sesión se entablaba un coloquio donde se intercambiaban experiencias y dudas entre profesionales y las asistentes. Las temáticas tratadas en las distintas sesiones estuvieron relacionadas con la salud desde un punto de vista integral. Para ello se seleccionaron a varios profesionales que procedían de distintas disciplinas para impartir conocimiento sobre, la medicina tradicional china, la psicología, la nutrición, el cuidado físico del cuerpo, la respiración, las técnicas de relajación, las nuevas tecnologías y las redes sociales. Todas estas sesiones tenían la finalidad de fomentar el autocontrol, el autocuidado, la autoestima, el empoderamiento y el conocimiento de nuevas formas de conocimiento e información, así como la finalidad de proveer de herramientas que pudieran servir a las mujeres cuidadoras objeto de nuestro estudio en un futuro para mejorar el afrontamiento de las tareas de cuidado y las repercusiones sobre su calidad de vida.

Tabla 2. Descripción de las sesiones de la intervención del Estudio 1

Sesiones	Contenidos	Profesional
1ª Medicina Tradicional China y salud	¿Qué tal se encuentra de salud? ¿Cuáles son sus hábitos alimentarios? ¿Qué alimentos suele consumir más en su dieta? ¿Hay alimentos que note que le sientan mal al consumirlos? ¿Ha probado alguna vez la medicina natural? ¿Qué ha aprendido en la sesión de hoy?	Médico de medicina natural y experto en medicina tradicional china.
2ª Psicología: Memoria	¿Suele recordar las cosas que tienes que hacer sin apuntarlas? ¿Qué cosas sueles recordar mejor? ¿Qué cosas se le olvidan con más facilidad? ¿Utiliza alguna regla nemotécnica para recordar? ¿Realiza ejercicios para potenciar tu memoria? ¿Qué ha aprendido en la sesión de hoy?	Profesora de psicología cognitiva
3ª Yoga	¿Suele recordar las cosas que tienes que hacer sin apuntarlas? ¿Qué cosas sueles recordar mejor? ¿Qué cosas se le olvidan con más facilidad? ¿Utiliza alguna regla nemotécnica para recordar? ¿Realiza ejercicios para potenciar tu memoria? ¿Qué ha aprendido en la sesión de hoy?	Profesora de Yoga

Proceso de cuidado, deterioro y resiliencia en mujeres cuidadoras informales, adultas y mayores

4ª Aprender a conocer lo que comemos	¿Cree que su alimentación es la adecuada para tener buena salud? ¿Qué tipo de alimentos consumes en mayor medida y por qué? ¿Suele mirar cuando compra productos de alimentación el etiquetado para ver de que están compuestos? ¿Le parece importante conocer con que ingredientes están elaborados los alimentos que compramos? ¿Qué tipo de ingredientes considera nocivos para la salud y por qué? ¿Qué ha aprendido en la sesión de hoy?	Médico de familia
5ª Tai chi y chi kung	¿Ha practicado con anterioridad ejercicios de Tai chi o Chi kung? ¿Qué beneficios cree que se obtienen con su práctica? ¿Cómo se siente con la respiración en los ejercicios de Chi kung? ¿Ha notado algún beneficio para su cuerpo o su mente con la utilización de la respiración en Tai Chi y Chi kung? ¿Qué es lo que le gusta más de estas prácticas y por qué? ¿Qué ha aprendido en la sesión de hoy?	Profesor de Tai Chi
6ª Nuevas Tecnologías y Redes Sociales	¿Sabe que son las nuevas tecnologías? ¿Qué herramientas de las nuevas tecnologías le gusta más y por qué? ¿Suele comunicarse por las redes sociales con sus amistades? ¿Qué red social utiliza más? ¿Qué beneficios tiene para usted la utilización de estas herramientas? ¿Qué ha aprendido en la sesión de hoy?	Profesor de Informática
7ª Inteligencia emocional y Empoderamiento	¿Cómo cree que esta su autoestima? ¿Se valora o espera a ser valorada por las demás personas? ¿Ante una adversidad cómo reacciona y por qué? ¿Depende de las demás personas para tomar decisiones? ¿Sueles ser la primera persona en expresar tu opinión o esperar a escuchar respuestas de otras personas? ¿Qué ha aprendido en la sesión de hoy?	Psicóloga
8ª Meditación	¿Conoce la Meditación? ¿Sabe que beneficios puede reportar a una persona su práctica? ¿Le resulta complicada y por qué? ¿Cree que la Meditación puede mejorar su salud? ¿A qué hora del día le gusta meditar? ¿Qué ha aprendido en la sesión de hoy?	Profesora de meditación
9ª Acupuntura	¿Cómo suele aliviarse cuando siente dolor? ¿Cuánto tiempo pasa desde que tiene un dolor hasta que se administra un calmante? ¿Conoce los efectos secundarios de los calmantes y como pueden dañar nuestros órganos? ¿Sabe que es la acupuntura? ¿Piensa que puede ser beneficiosa para la salud? ¿Qué ha aprendido en la sesión de hoy?	Medico Acupuntor
10ª Homeopatía	¿Sabe que es la Homeopatía? ¿Cree que la utilizaría como medio de curación? ¿Conoce a personas que la utilicen? ¿Sabe qué diferencias hay entre ella y la medicina tradicional? ¿Después de conocerla nota resultados en su organismo, diga cuáles? ¿Qué ha aprendido en la sesión de hoy?	Médico Naturópata
11ª Pilates	¿Qué tipo de ejercicios practica para mantener una buena salud? ¿Conoce los beneficios de practicar pilates? ¿Qué ejercicios le gustan más de los que ha conocido? ¿Le es cómoda la utilización de la respiración para practicarlos? ¿Qué ejercicios le gustan más y por qué? ¿Qué ha aprendido en la sesión de hoy?	Profesora de Pilates
12ª Recopilación de los contenidos de las sesiones anteriores y evaluación de su utilidad	¿De todas las sesiones cual le ha gustado más y por qué? ¿Cómo se siente tras la intervención? ¿Qué ha incorporado a su vida de todo lo que ha aprendido en estas sesiones? ¿Considera que hay materias que no se han tratado y que le hubiera gustado tratar? ¿Qué es lo que más le ha gustado y qué le ha gustado menos y por qué? ¿Qué ha aprendido de todas las sesiones?	Equipo del programa de intervención

Resultados

El análisis de los datos se centra en las similitudes y diferencias de las mujeres cuidadoras tras pasar por un programa de intervención. Los resultados se estructuran en torno a cuatro categorías: salud, bienestar, calidad de vida y recursos sociales.

1. Salud

La salud de las mujeres cuidadoras empeora a medida que avanza la intervención. Las tareas de cuidado mantenidas en el tiempo deterioran la salud de las personas que cuidan a otras personas dependientes, ya que la prioridad de la cuidadora es el bienestar de la persona dependiente, relegando a un segundo plano en muchas ocasiones su propio autocuidado. Un ejemplo, M^a Dolores y Ana dos personas integrantes de nuestra investigación:

“La mayor parte de las noches no puedo descansar bien, ya que mi padre debido a su enfermedad de Alzheimer se inquieta mucho y tengo que estar pendiente de que no se levante y se pueda caer. Por las mañanas cuando él se queda dormido, yo no me duermo tampoco ya que no estoy segura de que no vaya a volver a despertarse y pueda correr algún tipo de peligro”.

“Tengo un montón de dolores por todo el cuerpo, pero no tengo tiempo de ir a los médicos, pues no puedo dejar a mi madre ya que nadie puede sustituirme, pues mis hermanos trabajan. Todos los días la baño yo sola y además le cambio los pañales varias veces al día, ella no está muy gruesa pero es un peso muerto, pues no colabora en nada”.

2. Calidad de vida

La calidad de vida empeora con el paso del tiempo en las mujeres del estudio. En las tareas de cuidado, las personas cuidadoras dan prioridad a la persona cuidada y en la mayoría de las ocasiones dedican muchas horas al cuidado, en detrimento de su propio tiempo libre, de ocio y autocuidado. Además, no pueden participar actividades sociales que les ayuden a promover su calidad de vida, ya que el cuidado de la persona dependiente recae solo en ellas. Por tanto, las relaciones sociales van desapareciendo o, en el mejor de los casos, no se pierden, pero disminuyen considerablemente, incluso dentro de la propia familia.

La sensación de no hacer a veces lo suficiente por la persona cuidada, suele desencadenar preocupación y ansiedad, provocando en estas mujeres sentimientos de estrés, depresión y disminución de su autoeficacia en gran parte de los casos. M^a Isabel e Inmaculada nos comentaron:

“Voy por la mañana a darle el desayuno a mi madre y a ver como está, hago las cosas necesarias de la casa y me voy a la compra” A media mañana paso a verla de nuevo y le llevo la comida, ella me dice que por qué no se la traigo al medio día y así estoy con ella mientras come, yo le digo que tengo que preparar la comida para mi casa y que a esa hora no puedo entretenerme. Ella no lo entiende y se enfadada, me dice que ella es la última en mis predilecciones, que siempre tengo cosas que hacer. Yo me siento muy mal y me voy muy angustiada pues me da pena y a veces hago la comida pronto y me voy un rato a su casa, aunque esto signifique que en mi casa también me riñan, pues cuando llegan a comer no estoy. Por las tardes después de darle la merienda voy a bordado y después

solemos tomarnos un café, cuando me despido de ella para irme me dice que siempre estoy en la calle y que no me ocupo de ella, pues le gustaría que me quedase en casa con ella toda la tarde viendo la televisión. ¡Me voy siempre fatal! Llego a la clase con ganas de llorar y con dolor de cabeza, incluso muchas veces acabo no yendo a clase, aunque sepa que es bueno para mí despejarme“.

“Yo trabajo dos días a la semana pues el sueldo de mi marido no es suficiente y tengo dos hijos estudiando en la universidad. Los días que yo trabajo me suplen en el cuidado de mi madre una cuñada que también tiene a su padre viviendo con ella. Esos días no paro de darle vueltas a la cabeza pensando que como mi cuñada no conoce a mi madre como yo, le pueda pasar algo y ella no se dé cuenta. Estoy deseando de que sea la hora de salir del trabajo y esto me pone muy nerviosa, pues tampoco me centro en lo que hago”.

3. Bienestar

El bienestar de las mujeres cuidadoras participantes en el estudio mejora con el transcurso de la intervención. Estas mujeres sienten que cumplen con su obligación cuidando a su familiar dependiente, que, según cánones sociales, es una obligación que les corresponde a ellas por el hecho de ser mujer y no a otros miembros de la familia de distinto sexo. Las mujeres cuidadoras de nuestra muestra se sienten satisfechas con la realización de las tareas de cuidado, aunque conocen a través de la intervención como esto repercute sobre su salud y aprenden la importancia del autocuidado. Además, esta obligación/satisfacción por el cuidado de su familiar se ve reforzada por la propia familia, la cual las reafirma en la idea de que las mujeres cuidadoras cumplen con su rol social y por lo tanto con su obligación.

Las mujeres cuidadoras del estudio atienden a su propio cuidado, motivadas por la idea de estar lo mejor posible para poder atender a la persona dependiente ya que piensan que si ellas no pueden cuidar a su familiar no habría nadie en la familia que pudiera hacerlo. Un ejemplo lo encontramos en el testimonio de Manuela y Trinidad:

“Somos varios hermanos, aunque solo yo soy mujer, y por lo tanto yo me ocupo de cuidar a mi padre, ya que mis hermanos trabajan y mis cuñadas, aunque se implican a veces, también tienen sus padres y madres y no pueden dedicar mucho tiempo a ayudarme. No me importa dedicarme al cuidado de mi padre sola, porque sé que soy su única hija y es mi obligación. La verdad es que no tengo mucho tiempo para mí, más bien nada, ya que tengo marido y dos hijos, de los cuales me tengo que ocupar, además de mi casa. Pienso que los padres antes nos cuidaron y ahora me toca a mí. Mis hermanos vienen un rato el fin de semana y ese es el tiempo que tengo yo para dar un paseo con mi marido, pero no me importa, esta es mi obligación y me siento bien haciendo lo que hago, aunque a veces me duele la espalda mucho y no tengo tiempo ni de ir al médico, pero bueno, que se le va a hacer, es lo que nos ha tocado”.

“Cada mañana me levanto con un montón de dolores, pero me tomo la medicación que me mandó el médico y tiro para adelante, pues mi padre me necesita y yo tengo que estar lo mejor posible para que él esté bien atendido”.

4. Recursos sociales

Las mujeres cuidadoras objeto de nuestra intervención durante el programa comienzan a relacionarse más con sus amistades a través del teléfono, también con la utilización de WhatsApp. Propician más las visitas de familiares y amistades en el domicilio de la persona cuidada ya que es donde más tiempo permanecen. También comienzan a utilizar redes sociales como vehículo de comunicación con sus amistades. Las personas cuidadoras que mejor se sienten son las que mantienen relaciones frecuentes con el entorno.

El sentimiento de soledad está presente en estas mujeres cuidadoras al principio de la intervención, conforme avanza el programa la utilización de nuevas tecnologías y redes sociales hace que puedan comunicarse a través de este medio y sientan un mayor acompañamiento en su proceso de cuidar. No pueden relacionarse personalmente tanto como les gustaría por la falta de tiempo libre, pero el conocimiento de esta nueva herramienta hace que puedan transmitir sus sentimientos cotidianos y reciban ayuda emocional por parte de otras personas de su entorno más cercano. Hortensia y Concepción nos comentaban lo siguiente:

“Al principio de caer enfermo mi padre podía coger algún día para ir a tomar café con mis amigas o realizar alguna actividad que me gustase, como el baile o cantar en el coro, ya que se quedaba algún hermano mío. Con el paso del tiempo mi padre empeoró y ya no podía ausentarme tanto tiempo, así que fui dejando mis reuniones con amigas, mis charlas de café y las actividades que tanto me gustaban. Ahora con mi madre estoy igual, ya solo hablo con mis amigas de vez en cuando por teléfono y me da mucha pena porque teníamos una relación muy estrecha, pero ahora estoy un poco más distanciada y echo de menos mis clases y el poder despejarme un rato con ellas, eso me daba vida.”

“Hace un montón de tiempo que no salgo con mi marido y el grupo de matrimonios que solíamos salir juntos. Casi todos y todas nos conocíamos desde antes de casarnos, éramos de la misma pandilla. Ahora ya no salimos pues mi suegra me ocupa la mayor parte de mi tiempo y mi marido tampoco los ve, pues cuando llega de trabajar me ayuda en algunas cosas. Ahora estoy escribiéndome con ellos a través del WhatsApp, y nos comentamos cosas. No es lo que me gustaría, pero ha tocado así y menos es nada”.

Discusión

Los resultados nos indican como la decisión de ser persona cuidadora informal dentro de la familia implica una serie de consecuencias y cambios en la vida de la persona como nos comentaban Rogero (2010) en su investigación sobre los tiempos del cuidado y Bittman, Fast, Fisher *et al.* (2004). El deterioro observado en las mujeres objeto de nuestra investigación se refleja a todos los niveles, sobre todo a nivel físico, psíquico y social, lo cual afecta como argumentaba Fast (1999) y Laschinger, Grau, Finegan, y Wilk (2010) en su calidad de vida y en su bienestar. Lee (1992) en otra de sus investigaciones, comentaba que los patrones de género influyen en el sexo que predomina en cuanto a las tareas de cuidado. Esto está relacionado con las diferencias de roles dentro de la familia y la división del trabajo entre hombres y mujeres como también hemos podido comprobar en las mujeres objeto del estudio.

Los efectos de las tareas de cuidado pueden ser fácilmente observables o difícilmente observables, como ya explicamos en la introducción, las observables pueden ser los problemas físicos por los que las mujeres cuidadoras acuden al médico o las depresiones a las que aludían las mujeres del estudio y los no observables pueden ser la pérdida de relaciones sociales o las oportunidades de inserción dentro del mercado laboral. Fast (1999), Izawa, Hasegawa, Enoki, Iguch, y Kuzuya, (2010) y Montoro (1999), realizaron estudios que concluían con la afirmación de estados de salud precarios en las mujeres cuidadoras a nivel físico, psíquico o emocional, y el gran riesgo que estos estados de salud deficitarios tienen para sus vidas. El autocuidado de las mujeres cuidadoras en nuestra investigación no era prioritario para ellas, estando supeditado al cuidado de su familiar dependiente, ya que la prioridad para las cuidadoras es siempre la persona a cuidar, lo cual pone en riesgo muchas veces su salud a todos los niveles. Estos datos se corresponden con los encontrados por Roberto y Jarrot (2008) cuando dicen que las cuidadoras dejan de satisfacer sus propias necesidades para responder a las necesidades de quienes cuidan.

Popper, Kolomer y Glass, (2012) concluyeron en su investigación la necesidad de diálogo y previsión de quienes van asumir el cuidado de un familiar dependiente ya que esta previsión consensuada con el resto de miembros de la familia reportaría mayores beneficios para las personas cuidadoras, en cuanto a organización y ejecución del cuidado, personas en las que apoyarse o delegar en caso de necesitarlas y disponibilidad de tiempo libre y de ocio personal. La mayoría de las mujeres de nuestra investigación se adentran en las tareas de

cuidado sin otra alternativa, de una forma sobrevenida y no consensuada, es decir no hay otras personas que puedan realizar estas tareas de cuidado de la persona dependiente dentro de la familia y asumen la responsabilidad por ser mujeres sin otra opción.

Estudio 2. El impacto de las tareas de cuidado sobre las mujeres cuidadoras y el deterioro que producen sobre su salud. La Resiliencia como mecanismo psicológico de resistencia al deterioro.

Introducción

En nuestra investigación nos centramos en el estudio de los cuidados informales en España y su relación con la Resiliencia. Esta temática ha sido escasamente investigada en la literatura científica hasta ahora. Nuestro objetivo es observar los factores que inciden en las mujeres cuidadoras informales en sus tareas de cuidado para poder promover un modelo de Resiliencia que reduzcan las consecuencias negativas que se derivan de las tareas de cuidado.

1. Cuidados

Tradicionalmente la única fuente de cuidados que recibía la persona dependiente provenía de la familia, recayendo el peso fundamental del mismo en la mujer (Cuesta, 2009). Según la tradición familista del cuidado que pertenece al Modelo Latino-Mediterráneo de protección y cuidado del Estado de bienestar, tradición que permanece con fuerza aún en España, es en el contexto familiar donde surge la enfermedad y donde debe ser tratada (Úbeda & Roca, 2008). Las familias asumen, en la mayor parte de los casos, la totalidad de los cuidados de la persona dependiente y sus consecuencias. La estructura familiar toma conciencia de la enfermedad de la persona dependiente, y por lo tanto se generan cambios en el seno familiar, que conllevarán consecuencias tanto para el contexto familiar como para la persona cuidadora principal (Bódalo-Lozano, 2010). Cuando hablamos de persona cuidadora informal principal nos referimos a como persona que asume la responsabilidad (consensuada o no) del cuidado no profesional de la persona dependiente y que pertenece al entorno familiar. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio de la persona dependiente, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña” (Feldberg, Tartaglini, Clemente, Petracca, Cáceres, & Stefani, 2011). Será a partir de los años 70 cuando las ciencias sociales empiezan a prestar una mayor atención al cuidado informal de personas dependientes, aunque las personas que lo

llevan a cabo hayan estado siempre presentes como responsables de las tareas de cuidado en nuestra sociedad (Bazo, 1998).

El incremento de la esperanza de vida de las personas mayores y el aumento de la presencia en el mercado laboral de las mujeres y su papel en la sociedad actual ha hecho que el interés por el cuidado de las personas mayores se haya acentuado. El cambio en las costumbres culturales entre las distintas generaciones, los cambios en la forma de convivencia, en los modelos de familia, la organización del Estado y los flujos demográficos que se relacionan con los cuidados de personas dependientes, y la crisis del modelo familista de cuidados, provocan en las sociedades actuales y en las distintas políticas llevadas a cabo una mayor sensibilidad hacia esta temática. A pesar de ello no son muchas las investigaciones que se realizan a nivel científico si se compara con la gran preocupación que está generando en la sociedad el cuidado de personas dependientes (Pulido, 2010).

Cuando hablamos de persona cuidadora informal principal lo hacemos como la persona responsable del cuidado no profesional de la persona dependiente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio de la persona dependiente, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña” (Feldberg ,2011). La tradición familista en los países mediterráneos en Europa, entre ellos, España asigna a las mujeres las tareas de cuidado, sobre todo madres e hijas relacionadas con la persona cuidada, quienes las asumen en el papel de cuidadoras principales. La responsabilidad de cuidar recae principalmente en las mujeres, siendo la frecuencia y tiempo dedicado al cuidado mucho mayor que en hombres, por lo que se ven más sobrecargadas de trabajo de forma prolongada en el tiempo (Úbeda y Roca, (2008); Larrañaga, Martín, Bacigalupe, Beguiristáin, Valderrama, M. J, (2008). La responsabilidad de cuidar recae principalmente en las mujeres, siendo la frecuencia y tiempo dedicado al cuidado mucho mayor que en hombres, por lo que se ven más sobrecargadas de trabajo de forma prolongada en el tiempo (Larrañaga, Martín, Bacigalupe, Beguiristáin, Valderrama, M. J, (2008). El perfil sociodemográfico de la mujer cuidadora sería el de una persona usualmente sin empleo, con un bajo nivel educativo, responsable de las tareas domésticas, de clase social baja, familiar directo de la persona dependiente y que convive con éste (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, G. (2004); Vaquiro & Stiepovich, (2010; Windle & Bennett, 2011). Cuidar a personas dependientes conlleva una fuente de estrés mantenido en el tiempo del cuidado y conlleva o puede conllevar consecuencias para la persona cuidadora, ya

que las patologías crónicas y que generan dependencia implican un cuidado indefinido, y es la persona cuidadora la que ha de hacerse cargo, a veces quizás, combinado con un recurso formal (García-Calvente, 2004; Garcés, 2010; Windle & Bennett, 2011; Rourke, 2010).

Tanto la persona dependiente como la persona cuidadora afrontan diariamente demandas sociales, físicas y psicológicas que suponen la generación de recursos para poder afrontarlas, con lo que el estrés se ve incrementado día a día (Feldberge, 2011). Las personas cuidadoras que emplean estrategias activas y centradas en el problema para la resolución de las tareas de cuidado de la persona dependiente muestran mejor salud que aquellas personas que utilizan estrategias pasivas y centradas en la emoción (Badia, 2002; Coletto & Camara, 2009; Gerson, Wong, Davidson, Malaspina, McGlashan, & Corcoran 2011; Papastavrou, 2011; Van Andel, Westerhuis, Zijlmans, Fischer, & Leijten, 2011). Cuidar a personas dependientes conlleva una fuente de estrés mantenido en el tiempo y supone o puede suponer consecuencias para la persona cuidadora informal en su salud a todos los niveles, ya que las patologías crónicas y que generan dependencia implican un cuidado indefinido y es la persona cuidadora la que ha de hacerse cargo principalmente, a veces apoyada con un recurso formal y otras veces, sin ningún tipo de apoyo (García-Calvente, 2004; Garcés, 2010; Rourke, Kupferschmidt, Claxton, Smith, Chappell, & Beattie, 2010; Windle & Bennett, 2011). Tanto la persona dependiente como la persona cuidadora afrontan diariamente demandas sociales, físicas y psicológicas que suponen una fuente de estrés (Feldberge, 2011).

Las personas cuidadoras que emplean estrategias activas y centradas en el problema para la resolución de las tareas de cuidado muestran mejor salud que aquellas personas que utilizan estrategias pasivas y centradas en la emoción (Badia, 2002; Coletto y Camara, 2009; Gerson, Wong, Davidson, Malaspina, McGlashan, & Corcoran 2011; Papastavrou, 2011; Van Andel, Westerhuis, Zijlmans, Fischer, & Leijten, 2011). La variable más analizada, entre la respuesta al estrés y la salud de la persona cuidadora informal en la literatura científica sobre los cuidados en el afrontamiento de las tareas de cuidado es el apoyo social (Molina, Iañez Velasco, & Iañez Velasco, 2005); Smerglia, 2007). Aunque esta variable influye en la percepción del estrés por parte de la persona cuidadora, no se han constatado evidencias científicas sobre los efectos relevantes a la hora de amortiguar las consecuencias de las tareas de cuidado sobre la salud de la persona cuidadora (Smerglia, Miller, Sotna, & Geiss, 2007). Hasta estos momentos, las investigaciones con respecto a las personas cuidadoras informales

se han centrado en analizar los niveles de estrés, no teniendo en cuenta la evaluación sobre su salud.

En los últimos tiempos se empieza a tener en cuenta como origen de la disminución en la salud de las personas cuidadoras, el hecho de realizar tareas de cuidado como cuidadora principal (Fernández, Fernández-Lansac & Crespo, 2011; López, Orueta Sánchez, Gómez-Caro, Sánchez Oropesa, Carmona de la Morena, & Alonso Moreno. (2009); Palomino, González Pedraza Avilés & Blanco Loyola, 2008; Rogero-García, 2010). Se ha descrito disfunciones a nivel neurocognitivo, además de alteraciones en la vitalidad, el dolor corporal, la salud mental y en general, en el estado de salud global de la persona cuidadora en comparación con la población general (Fernández & Crespo, 2011; Savage & Bailey, 2004). Las personas cuidadoras informales manifiestan una gran presencia de dolores de espalda, cansancio, cefaleas, algias musculares, ansiedad, depresión, alteraciones de sueño, apatía, irritabilidad, etc. (López, 2009; Méndez Giraldo, Aguirre-Acevedo & Lopera, (2010). El género presenta diferencias en cuanto a la salud de las personas cuidadoras. Los hombres suelen tener menores dolencias físicas y emocionales que las mujeres. Ellas suelen tener patologías relacionadas con la ansiedad y depresión, falta de bienestar, sedentarismo, poca calidad del sueño y salud física precaria (Crespo y López, 2008; Larrañaga, Martín, Bacigalupe, Bergiristáin, Valderrama, & Arregi, 2008); Moller, Buch Gudde, Folden, & Linaker, (2008).

Se han generado teorías sobre las diferencias halladas entre hombres y mujeres, una es que las diferencias de género no se relacionan directamente con el cuidado, sino a que las mujeres son más conscientes de sus problemas de salud y lo exteriorizan más (Vitaliano, Zhang & Scanlan .2003). También se ha asociado la peor salud en la mujer a su mayor implicación en el cuidado, así como al mayor número de horas dedicadas al mismo (Masanet & La Parra, 2011). Se señala también con respecto a las mujeres una mayor sensibilidad a su propio estrés y al que afecta a su red social más cercana (Matud, 2008). La mayoría de las investigaciones anteriormente citadas inciden en las consecuencias negativas para la salud de las tareas de cuidado, pero últimamente se presta atención en la visión positiva que se genera en estas tareas y las implicaciones positivas para la persona cuidadora informal. Hablamos del concepto resiliencia, que puede ser entendida como la capacidad de la persona para afrontar situaciones adversas y se debe en parte a la persona, al entorno y a la interrelación de ambos. Las estrategias de afrontamiento, la capacidad y la decisión de la persona cuidadora

informal de poner en marcha este mecanismo son las que van a determinar el resultado final del cuidado.

Esto confirma la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1987), donde las estrategias de afrontamiento utilizadas por la persona que cuida son muy importantes en relación con las consecuencias para su salud (Surtees, Wainwright, & Khaw, 2006; Fernández-Lansac, Crespo, Cáceres y Rodríguez-Poyo, 2012; Zautra, Hall, & Murray, 2008). Esta conducta, actitud o posesión, se definiría como resistente a la adversidad o a las situaciones estresoras y desarrollaría una forma de ver la vida más positiva, con lo que desarrollaría en la persona un mayor crecimiento personal (Maddi, 2008). Las personas con resiliencia evaluarán mucho más positivamente el acto de cuidar, o lo enfocarán de forma más favorable generando formas de afrontamiento que aminoren los aspectos negativos que puedan conllevar. La forma de evaluar la relación con el compromiso, el desafío y el control de la persona con resiliencia provoca que la persona se adapte a la situación de no resiliencia y amortigüe los efectos de esta situación en su salud. Esto a su vez retroalimenta la resiliencia produciéndose una influencia bidireccional (Fernández-Lansac & Crespo, 2011). Las estrategias de afrontamiento y la capacidad y conducta de la persona cuidadora informal de poner en marcha este mecanismo son las que van a determinar el resultado final de las tareas de cuidado en su salud. Esto confirma la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1987), donde las estrategias de afrontamiento utilizadas por la persona que cuida son muy importantes en relación con las consecuencias para su salud (Fernández-Lansac, Crespo, Cáceres & Rodríguez-Poyo, 2012; Surtees, Wainwright, & Khaw, 2006; Zautra, Hall, & Murray, 2008).

2. Resiliencia

La psicología empírica comienza a dar importancia en los años sesenta a lo cognitivo en cuanto a influencia sobre el comportamiento humano. A partir de la década de los 70 del S.XX será Bowlby (1969) quien lo utiliza por primera vez, refiriéndose al concepto relacionado con el apego y la pérdida. Bandura (1982) describe la importancia de los pensamientos y las creencias de la persona sobre sus actuaciones, así como demuestra que a su vez influyen sobre las actuaciones y promueven herramientas terapéuticas para controlar la depresión y el estrés. Otro autor, Seligman (1981), mantiene en sus investigaciones que el pesimismo es también un estilo de pensamiento, donde la persona hace de la adversidad algo

permanente y universal y esto desencadena en un estilo de vida de indefensión y desesperanza.

El estilo de pensamiento optimista hace de la adversidad algo transitorio y pasajero, lo cual lleva a tener esperanza de cambio por parte de la persona, estando siempre dispuesta a caer y levantarse, a buscar alternativas para el cambio y hacer frente a la adversidad. Se observan mecanismos de la persona para hacer frente al estrés y a los retos. En los años 70 aparecen las primeras investigaciones sobre la resiliencia asociada al concepto de invulnerabilidad ante las circunstancias adversas (Anthony & Koupernik 1974). La investigación sobre personas que han sufrido adversidades y han salido de ellas es lo que lleva a los investigadores centrados en la resiliencia a definir el concepto de resiliente y a hablar de personas resilientes. En relación a los hallazgos sobre resiliencia dada por los psicólogos cognitivos y complementando las mismas con sus propias investigaciones hacen que la psiquiatría empiece a profundizar sobre este concepto. Viktor Frankl (1999), con su obra *El hombre en busca de sentido*, pone en evidencia la importancia del significado sobre el comportamiento. Según su propia experiencia en adversidades en momentos de su vida, él explica como la actitud que mantuvo durante esas adversidades es lo que hizo que sobreviviese y que le encontrase sentido al sufrimiento, procurando un cambio en sus situaciones vitales.

3. Definición de resiliencia según distintas escuelas

Hemos de decir que la resiliencia se define según distintas escuelas relacionadas con la cultura y lugar geográfico del que parten y así podemos hablar de la escuela anglosajona, la escuela europea y la escuela latinoamericana, pero también hay una conceptualización de resiliencia que se denomina de tercera generación y no se enmarca dentro de ninguna cultura en especial.

En la primera generación de la escuela anglosajona la resiliencia es concebida como capacidad del individuo de enfrentarse, sobreponerse y salir fortalecido ante situaciones de estrés o adversidad. El foco de estas investigaciones se sitúa en la infancia con situaciones de riesgo. En esta concepción se habla de factores de riesgo y de protección, siendo las investigaciones de las psicólogas, Emmy Werner y Ruth Smith, una de las más relevantes. Se realizó sobre 698 niños y niñas nacidos en 1955, en condiciones desfavorables, en la isla de Kauai (archipiélago de Hawái). Estos niños y niñas, que en un principio por la situación vital

por la que pasaron se les podía considerar vulnerables al riesgo, lograron afrontar su adversidad en la infancia y llevar una vida satisfactoria vitalmente, denominándoles como “resilientes” que, a priori, eran vulnerables (Werner & Smith, 1982).

Esta generación asocia la resiliencia con características personales e individuales, como la empatía, la autonomía, la competencia, etc., aunque también se comenzó a tener en cuenta factores del ambiente externo, como la familia, o una persona que sirviese de referencia o apoyo. En la segunda generación de investigación no se hace tanto hincapié en las características específicas, sino en entender el propio proceso que lleva a las personas a salir de la adversidad. Por este motivo la resiliencia es vista como procesos intra psíquicos, sociales y relacionales, en los que el entorno es de gran importancia, por lo que se crearán modelos ecológicos en resiliencia. Se trabaja en sectores con adolescentes y familias siendo un investigador relevante Rutter (1987), quien defiende que la resiliencia no es un concepto estático y permanente, sino que puede alterarse en el ciclo vital de la persona y que tanto los factores de riesgo como los de protección no tienen la misma medida en todas las personas, ni todas las personas o contextos son iguales. El autor más relevante dentro de lo que denominamos segunda generación de investigación sobre resiliencia es Grotberg (1996). Este autor denomina factores de resiliencia a los calificados por Rutter (1992) como factores de protección, pues señala que este nombre se debe al modelo médico que se relaciona con la prevención y que por lo tanto no tiene relación con el concepto de resiliencia. Grotberg (1996) habla de factores de resiliencia, divididos a su vez en fortalezas internas de la persona y apoyo externo recibido y habilidades sociales y de resolución de conflicto adquiridas. Para este autor el concepto de resiliencia más allá de la persona como individuo, extendiéndolo a grupos externos y comunidades lo que trasciende al estudio tradicional de resiliencia, pudiéndose trasladar a entornos diversos. Los resultados de la evaluación de resiliencia han de tener en cuenta la interacción de los factores de resiliencia con los demás factores, lo cual nos llevará a la obtención de resultados resilientes.

La escuela europea nos muestra una concepción de resiliencia como un proceso que se proyecta hacia un futuro y procede de una adversidad. Así esta concepción de resiliencia se basa en la fuerza presente en todas las personas que se nutre de las demás personas que le rodean y de ahí se hace presente. Por lo tanto, la resiliencia surge de la interacción de la persona (que tiene un papel activo en su propia resiliencia) con su entorno, el cual necesita para desarrollarla. En esta escuela un representante es el neuropsiquiatra, psicoanalista y

etólogo Boris Cyrulnik, que procede de un contexto en su infancia de campos de concentración y pérdida de familiares, y que a pesar de la adversidad desarrolla su vida y se labra un futuro como persona y profesional convirtiéndose en ejemplo de resiliencia.

Boris Cyrulnik (2002), en sus obras: *Una desgracia maravillosa* y *Los patitos feos*, describe la existencia de los factores de resiliencia en niños y niñas ya que, para él, la persona recorre un amplio camino para ser resilientes y lo centra en tres aspectos en la adquisición de recursos internos que se desarrollan entre los primeros meses de vida en el tipo de agresión, de herida, de carencia y, sobre todo, el significado de esta herida en el contexto del niño/a y los encuentros, las posibilidades de hablar y de actuar. Para este autor, la resiliencia se crea en función del temperamento de la persona, del significado cultural, de su cultura y del tipo de sostén social del que dispone. Otro investigador dentro de esta escuela es el sociólogo belga Vanistendael (1994) que define la resiliencia como una capacidad de la persona para desarrollarse positivamente en sociedad a pesar de la adversidad o situación estresante que implicaría un resultado negativo. Vanistendael & Lecomte (2002) analizan la resiliencia como la resistencia a la destrucción, la capacidad de proteger la propia integridad ante fuertes presiones y como la capacidad de construir, de crear una vida digna de ser vivida, a pesar de las circunstancias adversas. Esto lleva a la manifestación de la resiliencia según estos dos autores como la resiliencia que puede manifestarse en situaciones en la que existe un riesgo importante debido a una acumulación de factores de estrés y de tensiones. La resiliencia que puede manifestarse también cuando la persona es capaz de conservar aptitudes en situaciones de riesgo y continuar un crecimiento armonioso y la resiliencia que puede aparecer cuando se produce la superación de uno o de varios traumas y como consecuencia da un resultado exitoso para la persona.

Para Vanistendael, el fenómeno de la resiliencia no es absoluto estable, por lo tanto, debe ser alentado en cada etapa de la vida de las personas. Este autor desarrolla el modelo de la casita en relación con la resiliencia, donde en los cimientos están situadas las necesidades básicas de la persona y su aceptación de identidad. En la planta baja, la relación con la familia, las amistades y las redes de apoyo, que dan sentido en gran parte a su vida. En el primer piso, la autoestima, los valores, el desarrollo de aptitudes y competencias y el sentido del humor y creatividad. En el desván se sitúan otras experiencias por descubrir.

La escuela latinoamericana acentúa su interés en la resiliencia comunitaria, poniendo especial atención en el ámbito social y en el compromiso de justicia y bienestar comunitario.

Apoya una intervención para la promoción de resiliencia que tiene como herramientas principales, el apoyo de los grupos y la construcción de resiliencia de forma participativa. Uno de sus mejores representantes lo encontramos en el psicoanalista Aldo Medillo (2001).

La llamada tercera generación de investigación en resiliencia es una corriente emergente en la actualidad, no está inserta en ningún ámbito geográfico específico y combina distintos modelos con una visión de resiliencia basada en las investigaciones de Kumpfer (1999). Amplia los ámbitos de estudio de la resiliencia, extendiéndola a toda la experiencia del ser humano y del conocimiento científico (Gil, 2010). Esta corriente nos propone un modelo holístico de resiliencia, basado en la observación de la no resiliencia, todo lo que obstaculiza el proceso de resiliencia. Este modelo holístico supone una nueva e innovadora forma de entender la resiliencia en cuanto al marco conceptual, la metodología y la puesta en práctica. En lo que se refiere a los elementos más importantes que conforman los procesos resilientes, el modelo parte de la propuesta de Grotberg, (2001) el cual propugna la denominación de “factores de riesgo” como segundo elemento. El término tiene origen en un modelo médico (Dr. Thomas R. Dawber fue quien lo utilizó por primera vez) el cual tiene como finalidad prever los elementos que pueden aumentar el riesgo de contraer una enfermedad. Podemos concluir que “los factores de riesgo” nos ponen en conocimiento de las dificultades que pueden sobrevenir en un futuro. Pero este modelo no está en la línea de las nuevas corrientes en resiliencia, ya que estas nuevas corrientes se centran en la promoción de la resiliencia y no en la prevención de adversidades. Según Grotberg (2001), si se previniesen las adversidades no se desarrollarían los procesos de resiliencia. Los factores de riesgo no toman en cuenta los diferentes contextos, las culturas o las sensibilidades personales. Rutter (1987) comenta en su investigación que existen un tipo de riesgos que la persona maneja, que promueve estrategias y recursos sociales y personales para superarlos.

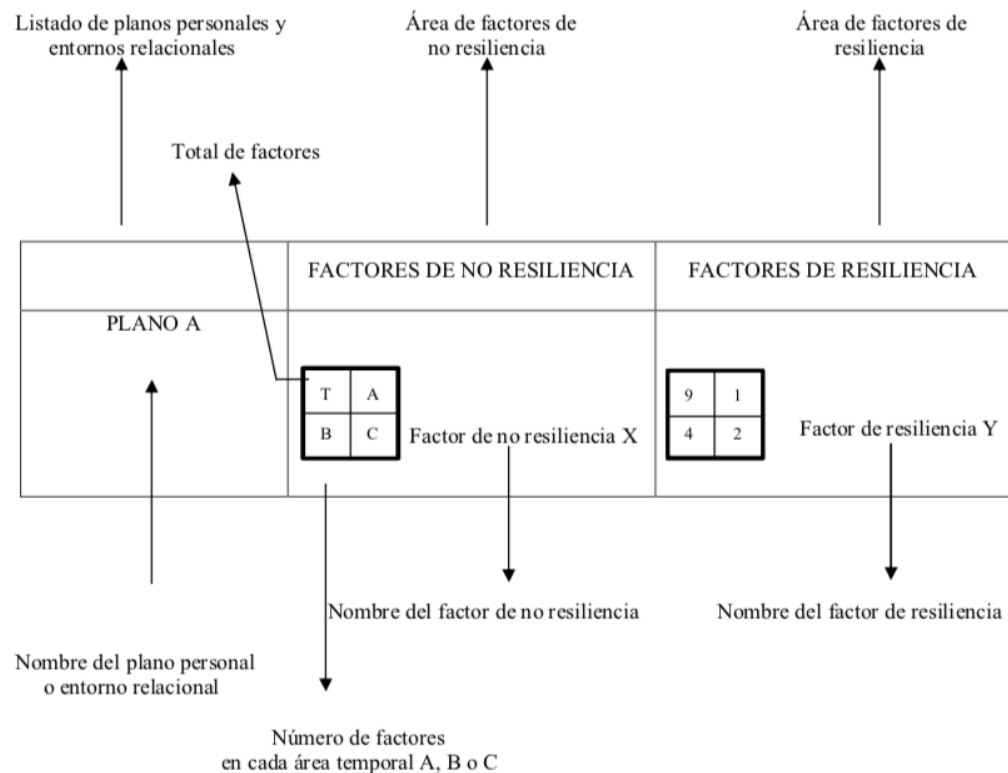
El modelo holístico de resiliencia supone una nueva concepción mucho más versátil y cuya clave es la observación. Así podemos observar como la no resiliencia, que se compone de todo lo que inhibe, ralentiza o detiene el fluir de la resiliencia. La resiliencia es todo lo que fluye, promueve y está en constante movimiento. La no resiliencia y la resiliencia no son conceptos opuestos, sino más bien se complementan. La no resiliencia es la semilla de la resiliencia, sin la no resiliencia, no se desarrolla la resiliencia, pues los factores no resilientes hacen que la persona adquiera habilidades y aprendizajes que la lleven a conductas e impulsos resilientes. Por lo tanto, en esta corriente se definen factores de resiliencia y no

resiliencia, actitudes, comportamientos y estrategias igualmente de resiliencia y no resiliencia.

La superación de la no resiliencia propicia el desarrollo de la resiliencia, hace que se desarrollen habilidades y aprendizajes que generan procesos resilientes. Según esta teoría, se puede encontrar en los procesos resilientes tres impulsos: El impulso de relación, que se muestra entre los grupos de factores de resiliencia o de no resiliencia y en como los procesos individuales se relacionan entre sí, influyendo en los procesos comunitarios. Es la que nutre los procesos de resiliencia. El impulso de aprendizaje que aprende aquello que ha sido exitoso en cuanto a la gestión de la no resiliencia y se aplica ante nuevas adversidades. El impulso creativo se desarrolla en los distintos itinerarios de resiliencia que nos llevan a la superación de situaciones adversas o estresoras. Este impulso está en constante búsqueda para la superación, lo cual fortalece las estrategias resilientes.

Esta escuela de pensamiento desarrolla un instrumento metodológico llamado: “el mapa de resiliencia” que toma como base el modelo holístico de resiliencia (Gil, 2010). Esta herramienta informática se utiliza para la clasificación y análisis de los datos obtenidos en la investigación sobre factores resilientes y no resilientes, tanto en personas como en comunidades, y en los que las herramientas de investigación utilizadas pueden ser, grupos de discusión, historias de vida, entrevistas, cuestionarios, etc. La metodología que se desarrolla en base al modelo holístico de resiliencia propone una nueva herramienta y esta es” el Mapa de resiliencia”. Esta herramienta informática clasifica y analiza los datos obtenidos en los procesos de investigación basados en el análisis de los grupos de discusión, entrevistas, historias de vida, etc., sobre factores resiliencia y no resiliencia. El mapa de resiliencia permite un análisis de la dimensión taxonómica, que se compone de diferentes niveles de ordenación de los datos obtenidos, la dimensión temporal, que tienen más presencia y la dimensión holística que recoge los resultados de las dimensiones anteriores y los interpreta como un todo, como un conjunto integral, lo cual nos ayuda a entender las dinámicas que hacen posible los procesos de resiliencia.

Figura 2. Mapa de Resiliencia



Método

1. Participantes

Este estudio ha investigado sobre una muestra de 17 mujeres cuidadoras informales de un familiar con más de ocho horas de cuidado al día de entre 45 y 65 años. Todas son mujeres casadas y con hijos que cuidan en sus casas o en casa del familiar dependiente. Hay mujeres de nuestra muestra que están insertas en el mercado laboral y otras que solo se dedican a las tareas del cuidado tanto del familiar dependiente como de su hogar y los miembros de su familia (hijos/as, esposo). Los datos de las variables analizadas son por edad, un 40,5% de mujeres den entre 60 y 65 años, un 10% de entre 55y 60 años, un 39,5% de entre 50 y 55 años y un 10% de entre 45 y 50 años. En cuanto a la variable estudios cursados nuestra muestra se compone de un 79% de mujeres con estudios básicos o primarios, un 20% con estudios medios y un 1% con estudios superiores. La variable inserción en el mercado laboral arroja los siguientes datos, un 51% no está insertada en el mercado laboral y un 49% si lo está.

2. Instrumentos y Procedimiento

Se realizaron entrevistas cualitativas semiestructuradas de forma individual y en el domicilio de cada mujer cuidadora informal. Previamente se le explicó que la información que íbamos a obtener con la entrevista se utilizaría de forma anónima para una investigación sobre las mujeres cuidadoras informales y su relación con resiliencia.

En el análisis de las entrevistas cualitativas y semiestructuradas realizadas a la muestra objeto de nuestra investigación, hemos seguido el modelo que propone la investigadora Gloria Gil, autora que forma parte de la llamada Tercera Generación de investigación en resiliencia y que su autora denomina como: Modelo base del mapa de resiliencia, véase en Figura 1. A través de la narrativa en el discurso de las mujeres entrevistadas hemos ido obteniendo una serie de datos que agrupamos en factores de resiliencia y no resiliencia, tal como indica el modelo, que nos permitirán comprobar si la persona desarrolla factores resilientes (conductas, afrontamientos y habilidades donde esté presente la resiliencia o no) y si esto está promovido por su interrelación con el entorno o su ausencia y lo que se pone en marcha con esta interrelación, además de comprobar como el patrón de género que la sociedad impone a las mujeres se ve reflejado en sus discursos y en la asunción de las tareas de cuidado. Los discursos recogidos en las entrevistas se analizaron según el Modelo de Mapa de Resiliencia (Gil, 2010). Las unidades de significación se agruparon en Resiliencia y No Resiliencia. Se extrajeron con el programa SysExporter v 1.2 de Windows (de acceso libre desarrollado por Nirsoft). Dos especialistas en la temática validaron las partes del discurso como información relevante por la presencia o ausencia de resiliencia en las mujeres cuidadoras entrevistadas. Los datos obtenidos nos permiten comprobar si la persona tiene resiliencia o no resiliencia y su relación con el contexto y con la influencia de género en las tareas de cuidado.

Tabla 3. Preguntas de la entrevista del Estudio 2

¿Cómo influye el hecho de ser mujer en la responsabilidad del cuidado?
¿Cómo definiría su carácter y sentido del humor?
¿Cómo afronta las situaciones relacionadas con las tareas de cuidado?
¿Las afronta usted misma o solicita ayuda?
¿Toma usted la iniciativa para las soluciones de problemas relacionados con el cuidado?
¿Cómo se siente llevando a cabo las tareas de cuidado y la responsabilidad? ¿Suele delegar en alguna persona?
¿Cómo combina las tareas de cuidado con un trabajo dentro del Mercado Laboral?
¿Canaliza de alguna forma el estrés que suponen las tareas de cuidado para transformar esa situación en positiva?
Frases a destacar en el discurso en la entrevista

Resultados

El análisis de las entrevistas cualitativas realizadas ha sido clasificado y analizado según el Mapa de Resiliencia que aparece en la figura 1. Para hallar los factores de resiliencia y no resiliencia hemos dividido la información en: Área personal, con datos como la edad, el estado civil, número de hermanos/as, número de hijos/as, inserción en el mercado laboral, estado de salud de la persona dependiente y estado de salud de la persona cuidadora y área relacional, donde incluimos la información sobre zona donde está su domicilio, tipo de relación con sus amistades si las hubiera, su pertenencia a algún tipo de voluntariado, asociación, su relación con la vecindad en el entorno más cercano y si realiza alguna canalización del estrés que le produce el acto de cuidar, y finalmente los resultados de la entrevista.

Tabla 4. Área Personal

Participante	Edad	Estado Civil	Hermanos/-as	Hijos/-as	Estudios	Inserción merc. lab.	Estado de salud de la persona dependiente	Estado de salud de la persona cuidadora
Leonor	66	Casada	3 hermanos	4 hijos	Básicos	No	Esclerosis Múltiple	Artritis reumatoide
Manuela	65	Viuda	2 hermanos	1 hijo y 1 hija	Básicos	No	Demencia Senil	Artrosis generalizada
Esperanza	55	Casada	3 hermanos	1 hijo y 1 hija	Básicos	Sí	Problemas circulatorios en extremidades inferiores que impiden movilidad	Osteoartrosis
Francisca	61	Casada	4 hermanas	3 hijos	Básicos	Sí	Degeneración articular su padre y demencia senil su madre	Fibromialgia
Carmen	50	Casada	2 hermanos	1 hijo	Superiores	Sí	Degeneración articular con escasa movilidad en ambos, padre y madre	Dolores de espalda generalizados
Rocío	60	Casada	3 hermanos	2 hijos y 1 hija	Medios	No	Demencia senil	Osteoporosis y artrosis articular
Isabel	58	Casada	3 hermanos	1 hijo y 1 hija	Básicos	No	Degeneración ósea	Fibromialgia
Mª Luz	46	Casada	2 hermanos 1 hermana	3 hijos	Medios	Sí	Alzheimer	Fibromialgia
Mª Dolores	48	Casada	2 hermanos 1 hermana	1 hijo y 1 hija	Medios	Sí	Demencia Senil	Degeneración ósea
Encarnación	59	Casada	3 hermanos	1 hijo y 1 hija	Básicos	No	Demencia senil	Artrosis
Estrella	47	Casada	1 hermano	2 hijos	Medios	Sí	Problemas coronarios	Artrosis
Alba	53	Casada	1 hermana 1 hermano	2 hijos	Básicos	No	Demencia senil	Fibromialgia
Elena	60	Casada	2 hermanos	1 hijo	Básicos	Sí	Cardiopatía	Artrosis
Mª Victoria	58	Casada	1 hermano	1 hijo	Medios	Sí	Alzheimer	Artritis
Marta	55	Casada	4 hermanos	2 hijas	Básicos	No	Alzheimer	Fibromialgia
Elena	62	Casada	2 hermanos	2 hijos	Básicos	No	Problemas circulatorios	Osteoporosis
Sara	60	Casada	1 hermano	1 hijo y 1 hija	Básicos	No	Demencia senil	Artrosis

Tabla 5. Área relacional

Participantes	Zona Rural o Urbana	Relación con amistades	Pertenece a voluntariado	Pertenece a asociaciones	Relación vecindad	Canalización del estrés
Leonor	Rural	Tiene pocas	No	No	Poca relación	No lo transforma
Manuela	Rural	A menudo	No	Sí, asociación de mujeres	Bastante	Manualidades y lectura
Esperanza	Rural	Bastante	No	Sí, asociación de mujeres	Bastante	Taller de lectura y escritura
Francisca	Rural	Bastante	CÁRITAS	Sí, asociación de mujeres	Bastante	Grupo de baile
Carmen	Rural	Bastante	ONG	No	Bastante	Grupos de deporte, reiki y relajación
Rocio	Rural	Bastante	ONG	Sí, asociación de mujeres	Bastante	Grupos de deporte
Isabel	Rural	Poca	No	No	Poca relación	No lo transforma
Mª Luz	Rural	A menudo	No	Sí, asociación de mujeres	Bastante	Taller lectura y escritura
Mª Dolores	Rural	Muy poca	No	No	Poca relación	No lo transforma
Encarnación	Rural	Poca	No	No	Poca relación	No lo transforma
Estrella	Rural	A menudo	ONG	Sí, asociación de mujeres	Bastante	Grupo de ejercicio físico
Alba	Rural	A menudo	No	Sí, asociación de mujeres	Bastante	Grupo de baile
Elena	Rural	A menudo	Sí, con personas con Alzheimer	Sí, Asociación de Alzheimer	Bastante	Grupo de baile
Mª Victoria	Rural	Poca	No	No	Poca relación	No lo transforma
Marta	Rural	Bastante	No	Sí, asociación de personas mayores	Poca relación	Manualidades y escritura
Elena	Rural	Poca	No	No	Poca relación	No lo transforma
Sara	Rural	Bastante	ONG	No	Bastante	Manualidades

A continuación extraemos de los discursos obtenidos en las entrevistas realizadas cinco de los más significativos o representativos de los factores de no resiliencia, tal como indica se analice el mapa de resiliencia, donde estos factores llevan a la persona a tener un carácter pesimista, dependiente de otros familiares a la hora de llevar a cabo el afrontamiento del cuidado y la toma de decisiones y donde la imposición social sobre roles de género, según el sexo de la persona cuidadora, no es transformado en una actitud positiva, sino que oprime a la persona cuidadora aminorando su autoestima y sin ningún tipo de empoderamiento o actitud , conducta resiliente ni relación con su entorno, su estado de salud es precario y no suelen remontarlo debido a su pesimismo ante la vida. Los términos más utilizados en su discurso en la entrevista son “no puedo”, “necesito que me ayuden”, “me siento mal”, “me supera la vida”, “no sé qué hacer”.

1. Factores No resilientes

Los resultados obtenidos tras el análisis de los discursos según el Modelo base del Mapa de resiliencia nos ha permitido hallar factores resilientes y no resilientes. A continuación, extraemos parte de algunos de los discursos analizados donde se puede observar la presencia de factores no resilientes en las mujeres cuidadoras informales. En los

discursos vemos reflejadas palabras como “esto me supera”, “no tengo ganas de vivir”, “me resulta muy difícil”, “no veo a mis amistades”, “es imposible”, “he perdido la sonrisa”, etc. Hemos seleccionado estrofas de los discursos de la entrevista de cinco de nuestras participantes donde se contemplan factores no resilientes:

Leonor (66 años)

“No puedo con esta carga, la verdad es que esto me supera, se me quitan las ganas de todo, no tengo ganas de salir ni de ver a nadie y necesito que me ayuden pues cada vez me siento con menos fuerza, sé que tengo que cuidar de mi marido porque soy su mujer y las mujeres somos las que cuidamos de la familia y que mis hijos están trabajando, pero me resulta muy difícil y no sé a veces si resistiré mucho más tiempo”.

M^a Victoria (58 años)

“No puedo hacer nada de lo que me gusta, pues siempre tengo que estar pendiente de mi padre, mis hermanos solo me ayudan cuando hay que llevarlo al hospital o al médico, porque dicen que soy la mujer de la familia y que yo soy quien debo cuidar pues tengo más tiempo y se mejor como hacerlo. Hace mucho que no veo a mis amistades, ni frecuento sitios que antes frecuentaba, ni hago nada de lo que me gusta hacer, incluso mi carácter ha empeorado con mis hijos”.

María Dolores (48 años)

“Mi vida se ha convertido en una rutina, de mi casa a la de mi padre, de la de mi padre a la mía. Antes leía mucho pero poco a poco he ido dejando de hacerlo porque las tareas de cuidado forman parte de más del ochenta por ciento de mi vida. Me propusieron ir a un taller de lectura y escritura, pero es imposible ir no tengo tiempo para nada y menos para cosas que no son demasiado necesarias, entre el cuidado de mi padre y el de mi casa y mi familia se me pasa todo el día, pues en casa soy yo la que hace todas las tareas, ya que ni mi marido ni mis hijos se involucran en nada. A mi marido lo veo solo por la noche y estoy tan cansada que no tengo gana ni de hablar. Me duele todo cuando me voy a acostar y estoy deseando de tomarme la pastilla para dormir, aunque sé que a la mañana siguiente mi rutina empieza de nuevo”.

Isabel (58 años)

“Padezco de depresión y muchas veces tengo ganas de llorar sin saber por qué, veo a mis vecinas como entran y salen a hacer cosas que les gusta y yo ni puedo ni tengo ganas y eso me hace sentir mal. Ante todo, tengo que cumplir con mis obligaciones de mi propia casa y familia y luego con la del cuidado de mi madre y el mantenimiento de su casa. Muchos días voy a casa de mi madre y me encuentro tan mal que pienso que soy una cuidadora pésima y me culpabilizo con lo que mi ánimo decae aún más”

Encarna (59 años)

“Mi madre es una persona muy exigente y siempre ha influido mucho en mí, antes le argumentaba cuando ella me decía cosas, pero ahora la veo mayor y me da pena, así que me trago todo lo que me dice y después me siento mal pues no sé ya si al final tiene razón ella o yo. No me hace caso y tengo que llamar a mis hermanos para que resuelvan las situaciones con ella, al ser hombres ella les hace más caso, esto me desanima pues veo que yo no soy capaz de conseguir nada. Mis hijos me animan, pero no me es suficiente y yo he perdido la sonrisa y las ganas de salir con mis amistades, me cuesta incluso arreglarme los fines de semana para salir con mi marido. Después de llevar mi casa hacia delante y la de mi madre durante toda la semana cuando llega el fin de semana estoy muy cansada y no me apetece más que meterme en la cama a dormir”.

En estas estrofas de los discursos se puede observar el vocabulario que emplean las cinco participantes elegidas en nuestra investigación que ilustran su perfil emocional y su visión de la vida. Tenemos en la primera participante que aparece Leonor, frases como “*no tengo ganas de salir ni ver a nadie*” que ponen de manifiesto su desgana ante la vida y como asumen las consecuencias del cuidado de una forma pesimista. Por otra parte, Victoria nos comenta “*no puedo hacer nada de lo que me gusta*” o “*no puedo ver a personas que me gustaría ver*”. Victoria asume su realidad como inamovible y no se siente como parte de esa realidad ni con poder de decisión sobre ella, pues su situación de sobrecarga ante el cuidado, la induce a un comportamiento vital derrotista y pesimista que la inmoviliza y la conduce a perpetuar esa situación. Cuando analizamos el discurso de M^a Dolores captamos la impotencia que siente al no poder realizar las actividades que le gustan, pero lo asume y permanece en la queja e incluso piensa que no son necesarias para ella. Esto denota una falta de autoestima como persona y una renuncia a su propia satisfacción vital en pro de los cuidados del familiar dependiente. De nuevo en esta parte del discurso, se antepone el cuidado y se olvida el autocuidado, aunque esto perjudique a su propia salud: “*Me propusieron ir a un taller de lectura y escritura, pero es imposible ir no tengo tiempo para nada y menos para cosas que no son demasiado necesarias*”. Isabel en su discurso denota un estado psicológico débil, no tiene el control de su vida ni de sus sentimientos ni una toma de conciencia de la necesidad de autocuidado: “*muchas veces tengo ganas de llorar sin saber por qué; me encuentro tan mal que pienso que soy una cuidadora pésima y me culpabilizo con lo que mi ánimo decae aún más.*” De la misma forma podemos observar en el discurso de Encarna una falta de autoestima, de control de su situación y de afrontamiento: “*me trago todo lo que me dice y después me siento mal pues no sé ya si al final tiene razón ella o yo*”.

En todos los discursos se puede observar una carencia de autoestima y la relegación del autocuidado de las mujeres cuidadoras informales a un segundo lugar, pues prevalece la responsabilidad de cuidado de la persona dependiente. No se tiene conciencia de la necesidad de cuidado de su salud, ni la prioridad de su satisfacción vital como elementos importantes a la hora de abordar las tareas de cuidado. Bajo todo esto subyacen los patrones de género que la cultura impone de una forma no implícita a las mujeres y que se siguen aún perpetuando generación a generación.

2. Factores Resilientes

A continuación, ilustramos parte del contenido de cinco entrevistas realizadas a cinco mujeres cuidadoras cuyos factores eran de resiliencia a la hora de abordar las tareas de cuidado de la persona dependiente. Estas mujeres tenían un carácter positivo, a pesar de partir de connotaciones negativas en cuanto a la imposición social de género según el sexo, que hace recaer la responsabilidad del cuidado de personas dependientes sobre las mujeres fundamentalmente. Estas mujeres desarrollan una buena relación con la vecindad, un número de amistades importante con las cuales se relacionan, pertenecen a un grupo de voluntariado o asociación, algunas están insertas en el mercado laboral y otras no, pero este aspecto no se torna negativo para ellas, y canalizan el estrés que les producen las tareas de cuidado con la realización de actividades físicas, intelectuales, manuales o artísticas. Su estado de salud es mejor que el de las mujeres que están en el grupo de no resiliencia y si tienen algún tipo de patología, no es un impedimento que las deje estáticas o inactivas, sino que se sobre ponen a él. A la hora de afrontar las tareas de cuidado son ellas las que las asumen, piden ayuda puntualmente y suelen tomar la iniciativa a la hora de buscar soluciones, aunque después suelen consensuarlas con los familiares más cercanos como hermanos o hermanas. Los términos más utilizados en su discurso en la entrevista realizada son: *“puedo hacerlo”, “es difícil, pero hay que intentarlo”, “puedo hacerlo”, “hay que encontrar soluciones”, “necesito combinar mis responsabilidades de cuidado con tiempo para mí”*. A continuación, mostramos parte de sus discursos donde podemos encontrar factores resilientes:

Esperanza (55 años)

“El cuidado de mi madre es duro, necesito muchas horas en exclusiva para ella y tengo que combinarlas con las tareas de mi casa, pues las llevo a cabo solo yo y con mi trabajo en el mercado de abastos donde estoy en un puesto con mi marido. A veces estoy que no puedo ni con mi alma y me faltan horas al día, pero después compenso con otras cosas que hago, que para hacerlas tengo que hacer

“encajes de bolillos” pues no sé ni cómo saco el tiempo, pero lo consigo y busco soluciones porque esto me da fuerzas para seguir con todo y no lo voy a dejar de hacer pase lo que pase, pues es lo único que hago para mí”.

Francisca (61 años)

“Tengo mucha suerte de que somos cinco hermanas y nos repartimos a partes iguales el cuidado de mi padre y de mi madre. Veo a otras mujeres que son hijas únicas o nueras y que son ellas las que llevan esta tarea solas y lo pasan muy mal porque además se encierran y no buscan opciones para compensar lo duro de cuidar. Es verdad que muchas de ellas solo por ser las mujeres de la familia no tienen más opciones, pero hay que encontrarlas por difícil que sean. Nosotras algunas trabajamos en el Mercado laboral y otras no, pero decidimos entre todas que todas tenemos los mismos derechos pues todas trabajamos de una manera u otra. Yo además procuro sacar tiempo para hacer cosas que me hagan sentirme bien, pues cuidar a dos personas dependientes supone mucha responsabilidad y desgaste, además de cuidar a tu familia cercana y llevar tu casa hacia delante”.

Carmen (60 años)

“Soy la responsable principal del cuidado de mi madre y mi padre, pero hablé con mis hermanos y ellos también se involucran, no tanto como yo, pero lo hacen cada vez que yo no puedo estar con mi padre por mi trabajo o por cualquier otra causa. Las soluciones las busco yo la mayoría de las veces, pero si les llamo siempre vienen a hablar conmigo y a solucionar los problemas los tres juntos. Yo afronto las situaciones que se derivan de mis padres sin problemas, solo si es algo complicado o que crea que deben de involucrarse mis hermanos cuando demando su ayuda, pero procuro ser yo la que en primer lugar lo intente. Es importante no olvidarse de una misma, para así poder cuidar mejor, por eso yo estoy inserta en varios grupos, me gusta mucho la gente y creo que esto aporta mucho a la vida de una persona y especialmente a las de las mujeres que cuidamos”.

Manuela (65 años)

“El cuidado de mi madre que falleció hace un año y el de mi padre que aún vive lo llevamos a cabo mis tres hermanas y yo ya que las mujeres de la familia son las que tienen que cuidar, esto es así y nos sentimos bien con ello, aunque las tareas de cuidado sean muy duras y nos carguen mucho. Mis dos hermanos vienen cuando les demandamos ayuda, por ejemplo, en fines de semana, si tenemos que llevar a mi padre a un hospital, pues uno de mis hermanos es médico, o si está ingresado, que nos turnamos todos para su cuidado. Durante la vida diaria somos mis hermanas y yo quienes nos organizamos para cuidar de mi padre. Nos organizamos bien, pues si alguna lo necesita nos cambiamos los turnos. La verdad es que a pesar de ser cuatro, las tareas de cuidado y la casa de mi padre son duras, pues además uno de mis dos hermanos se ha separado y vive en casa de mi padre y también nos ocupamos de su comida, el lavado de su ropa, el planchado, etc., ya que las mujeres en mi familia asumimos estas tareas y claro el cuidado de nuestras familias y hogar. No me parece nada justo, así que hemos decidido mis hermanas y yo que cuando falte mi padre ya mi hermano tendrá que buscarse sus propias soluciones y

nosotras nos liberaremos de esta carga. Lo importante es buscar tiempo de donde sea para compensar la otra parte de tu vida que desgasta tanto y por eso yo estoy en varios grupos y asociaciones, además en los fines de semana que no me toca cuidar a mi padre, quedo con mis amigas y como fuera o quedo a tomar café y charlar".

Rocío (60 años)

"El cuidado de mi madre, ya fallecida y de mi padre en la actualidad lo hacemos principalmente mi hermana y yo, aunque tenemos tres hermanos más, porque somos mujeres y las mujeres son las que cuidan según la tradición familiar. Mis hermanos se involucran en momentos puntuales o cuando solicitamos ayuda, principalmente yo que soy la cuidadora principal. No voy a decir que el cuidado de los padres no sea duro, pero es lo que es y hay que llevarlo lo mejor que se pueda, pidiendo ayuda cuando se necesite, aunque yo intento no estar demasiado dependiente de mis hermanos, así que la pido solo cuando se necesita. Me gusta ayudar pues incluso me involucro en el cuidado de una tía de mi marido, ya que ellos son todos hombres y somos las nueras las que cuidamos de esta persona. Pero a pesar de todo lo que el cuidado se lleva de tiempo en mi vida, estoy involucrada con asociaciones y con grupos por ejemplo de gimnasia, porque sé que es fundamental para mi salud, y si mi salud no es buena tampoco podré cuidar bien. Me busco viajes por el Imsero y nos vamos mi marido y yo de vez en cuando. Nos organizamos mi hermana y yo, así una se va unas veces y otra cuida"

En el discurso de Esperanza podemos observar como a pesar de reconocer la dureza de las tareas de cuidado, siente la necesidad de ocuparse de sí misma lo que denota una toma de conciencia con respecto al autocuidado y busca opciones que la refuercen emocionalmente: "A veces estoy que no puedo ni con mi alma y me faltan horas al día, pero después compenso con otras cosas que hago". Francisca y sus hermanas generan estrategias de cuidado para repartir sus tareas para compensar la sobrecarga que pueden generar los cuidados y así no se vean saturadas de responsabilidad unas más que a otras. Además, ha generado un conocimiento a través de la intervención que ha propiciado una necesidad de encontrar vías para la promoción de su salud y busca opciones en tiempo libre o de ocio para cuidarse: "nos repartimos a partes iguales el cuidado"; "Yo además procuro sacar tiempo para hacer cosas que me hagan sentirme bien". Carmen en su discurso denota ser una mujer segura de sí misma, con una buena autoestima y autodeterminación que toma sus propias decisiones y que intenta resolver los problemas relacionados con las tareas de cuidado de una forma independiente, sin tener que depender de la resolución de otros miembros de la familia, si no lo consigue ,es cuando pide ayuda y busca formas de refuerzo ante la responsabilidad del cuidado, porque ha entiendo que ella tiene que estar bien para poder cuidar: "Las soluciones las busco yo la mayoría de las veces pero procuro ser yo la que en primer lugar lo intente";

“Es importante no olvidarse de una misma, para así poder cuidar mejor”. Manuela en su discurso también se dibuja como una mujer que toma decisiones y resuelve los problemas de cuidado de una forma independiente y ella decide cuando pedir ayuda: *“Mis dos hermanos vienen cuando les demandamos ayuda”.* Entiende que las tareas de cuidado son duras y exigen mucha fuerza física y psíquica por parte de las personas cuidadoras informales, por eso sabe que debe cuidar su salud física, psíquica, emocional y social, y busca soluciones para ello, entendiendo que si no lo hace y asume más allá de lo que puede resolver, su salud se verá perjudicada y ha aprendido a través de la intervención que debe cuidarse: *“Lo importante es buscar tiempo de donde sea para compensar la otra parte de tu vida que desgasta tanto y por eso yo estoy en varios grupos y asociaciones, además en los fines de semana que no me toca cuidar a mi padre, quedo con mis amigas y como fuera o quedo a tomar café y charlar”.* Rocío también reconoce que las tareas de cuidado a veces necesitan ser compartidas y ella refiere pedir ayuda cuando lo necesita, su visión de los cuidados es realista y resolutive: *“No voy a decir que el cuidado de los padres no sea duro, pero es lo que es y hay que llevarlo lo mejor que se pueda, pidiendo ayuda cuando se necesite, aunque yo intento no estar demasiado dependiente de mis hermanos, así que la pido solo cuando se necesita”.* Al igual que las otras cuatro participantes, sabe que debe cuidarse y encontrar opciones para ello, a pesar de las muchas horas que le ocupe el cuidado de su familiar. Las cinco participantes muestran una visión realista y positiva de los cuidados con resoluciones de los problemas de una forma independiente y generando estrategias de afrontamiento que favorezcan a su salud, física, psíquica, emocional y social. Además, se refleja en sus discursos una autoestima más elevada que al comienzo de la intervención y un concepto de salud y de sí mismas diferente.

Discusión

Tradicionalmente la única fuente de cuidados que recibía la persona dependiente provenía de la familia, recayendo el peso fundamental del mismo en la mujer (Cuesta, 2009). Como dice Larrañaga (2008) la responsabilidad de cuidar recae principalmente en las mujeres, siendo la frecuencia y tiempo dedicado al cuidado mucho mayor que en hombres, por lo que se ven más sobrecargadas de trabajo de forma prolongada en el tiempo. Así observamos en nuestra muestra que las 17 mujeres son las responsables principales del cuidado de las personas dependientes a las que cuidan, siendo sus hermanos varones

responsables secundarios. En el caso de nuestra muestra, ninguna de las 17 mujeres cuenta con un recurso formal o con otro tipo de apoyo que no sea el de ellas mismas y ocasionalmente la de sus hermanos (García-Calvente, 2004; Garcés, 2010; Windle & Bennett, 2011; Rourke, 2010). Igualmente observamos como las tareas de cuidado son una fuente de estrés para las personas cuidadoras como argumentan en sus investigaciones (García-Calvente, 2004; Garcés, 2010; Windle & Bennett, 2011; Rourke, 2010). Las mujeres cuidadoras de nuestra investigación tienen una mayor tolerancia al estrés si existe una interrelación con su entorno, esto tal y como nos indican (Fernández, 2011; López, 2009; Palomino, 2008; Rogero-García, 2010) es una fuente para su buena salud. Las mujeres cuidadoras informales que no tienen este tipo de interrelación obtuvieron un resultado distinto. Por lo tanto, los datos obtenidos corroboran la literatura científica sobre las tareas de cuidado en tanto que defienden que la relación con el entorno, un carácter positivo, un afrontamiento de la situación de cuidado y una toma de decisiones de forma independiente lleva a la persona, en este caso, mujeres cuidadoras informales, a un nivel más bajo de estrés, a una mejor salud, algo que está favorecido por la resiliencia en esta etapa de sus vidas.

Cyrułnik Vanistendael & Lecomte (2002) definen la resiliencia como un concepto que contiene dos componentes, resiliencia frente a la destrucción, la capacidad de la persona para protegerse ante situaciones de presión y resistirlas a pesar de la adversidad, desarrollando un comportamiento positivo ante la vida y afrontándolas de una forma socialmente aceptables así hemos observado a través de los resultados obtenidos tras el análisis de las entrevistas realizadas a las mujeres cuidadoras informales objeto de nuestra investigación que podemos agrupar a estas mujeres en dos grupos, mujeres con un proceso de resiliencia en su vida y por lo tanto en el desarrollo y afrontamiento de las tareas de cuidado y mujeres con no resiliencia, las cuales están inmersas en un proceso contrario al de resiliencia (Gil, 2010).

La observación de los datos obtenido unidos a la teoría científica nos permite deducir que las tareas de cuidado suponen un estrés para la persona cuidadora principal pero hay mujeres cuidadoras en nuestra investigación con sobrecarga podemos denominar intensa y otras mujeres con percepción de sobrecarga moderada, Rosenthal Gelman, (2014) en sus investigaciones nos habla de la importancia en esta percepción de sobrecarga en las personas cuidadoras informales de su relación con el entorno, con la familia y con su entorno cultural y social y Alexander & Wilz, (2010); Pope, Méndez, & Glass, (2012); Chiweshe & Gusha (2012) añaden como esta sobrecarga varía según si la persona cuidadora es hombre o mujer,

siendo más acusada la sobrecarga en mujeres debido a su falta de interrelación con su entorno social y mayor su tendencia al aislamiento. Parte de las mujeres cuidadoras de nuestra investigación perciben una gran sobrecarga en las tareas de cuidado y la traducen en un estrés al que no saben por sí solas dar salida o canalizar a través de actividades, actitudes, relaciones, etc. y/o transformarlo en otro tipo de emoción o actuación. Estas mujeres están dentro del grupo de mujeres cuidadoras informales que hemos denominado con no resiliencia. Braithwaite, 2000; Wilks y Croom, 2008; Wilks, Little, Gough y Spur-lock, 2011, también concluyen en sus investigaciones que para el desarrollo de resiliencia en personas cuidadoras es vital el contacto con su entorno social y el apoyo de este.

De las 17 mujeres participantes en esta investigación, 7 de ellas constituyen el grupo de no resiliencia y 10 el de resiliencia. Hemos observado en las 7 mujeres que constituyen el grupo de la no resiliencia se relacionan factores como la asunción negativa del rol social de mujer cuidadora determinado por su sexo, sin búsqueda de otras opciones, la no canalización de su estrés a través de actividades y relaciones, la no inserción en grupos, tanto de tipo asociativo como de voluntariado, de autoayuda o de cooperación comunitaria. La percepción de sobrecarga de estas mujeres es intensa y debido a esto demandan constantemente ayuda porque no se sienten capaces de llevar a cabo con éxito sus responsabilidades de cuidado y no toman la iniciativa en el afrontamiento de situación difíciles o conflictivas, ni tampoco son capaces de buscar soluciones a estas situaciones de forma independiente, buscando constantemente personas que las ayuden a encontrarlas. El discurso de estas mujeres cuidadoras está repleto de palabras como “no puedo”, “no soy capaz”, “me sobrepasa”, “estoy sola”, “necesito que me ayuden” o “me siento mal y no sé qué hacer”. Las 10 mujeres que conforman el grupo de resiliencia aun partiendo de la no resiliencia que es un concepto del que parten todas las mujeres cuidadoras informales de nuestra investigación, es superado y transformado posteriormente por la persona. Así factores de género, de sobrecarga, de estrés, de responsabilidad, etc., que en un principio son elementos de la no resiliencia se transforman en resiliencia que es definida en el modelo holístico de Gloria Gil, (2010) como todo lo que fluye, promueve y está en constante movimiento, avanzando y transformando.

Estudio 3. Propuesta global para empoderar y promover resiliencia en las mujeres cuidadoras informales.

Introducción

Las enfermedades que mayoritariamente sufre la población de personas mayores dependientes en esta década en nuestras sociedades avanzadas son, el cáncer, las degenerativas crónicas, tales como la demencia que se ha asociado con el envejecimiento de la población mundial, y la enfermedad de Alzheimer que es una de las demencias más comunes y las enfermedades crónicas invalidantes (Gary; Epstein-Lubow, Miller, & Lucia McBee, 2006). La enfermedad de Alzheimer es un trastorno cerebral progresivo que implica la pérdida del razonamiento, memoria, lenguaje y la capacidad de vivir de forma independiente. Por lo tanto, los pacientes que sufren de esta enfermedad requieren cuidado de otra persona casi 24 horas al día, y las personas cuidadoras deben adaptarse a las circunstancias para garantizar la salud de la persona cuidada. Otras enfermedades comunes en nuestra población de personas mayores dependientes son el cáncer, patologías coronarias invalidantes, patologías que limitan la movilidad articular, etc. Estas enfermedades se prolongan en el tiempo ya que el aumento de la esperanza de vida y los avances científicos en cuanto a la medicina, hacen que la población de personas mayores dependientes pueda vivir a pesar de sus patologías, muchos años. La demencia senil junto con el Alzheimer son las enfermedades con mayor incidencia en la población de personas mayores dependientes. Un gran porcentaje de las personas cuidadoras de personas con este tipo de patología sufren depresiones y trastornos de ansiedad. Estas personas tienen un alto estrés, percibido así como sobrecarga que se asocia a salud y con un gran riesgo de mortalidad. Debido a todo esto las personas cuidadoras corren el riesgo de padecer todo tipo de enfermedades psiquiátricas como médicas que les limitan en su vida diaria (Carletto, Borghi, Francone, Scavelli, Bertino, 2016). Las personas cuidadoras informales de familiares con demencia o alzhéimer en el seno familiar, suelen ser mayoritariamente mujeres dentro del sistema familiar que hacen malabares con el trabajo, con la familia y con sus relaciones sociales para poder llevar a cabo el cuidado de la persona dependiente. Estas mujeres cuidadoras informales tienen un alto riesgo de afectación en su salud, tanto física, psíquica, emocional y social, debido a la sobrecarga y deterioro que generan las tareas de cuidado.

En anteriores estudios hemos hablado de la relevancia de la resiliencia en la vida de las mujeres cuidadoras informales, es decir, mujeres que cuidan de un familiar dependiente dentro del núcleo familiar, sin remuneración alguna y mayoritariamente sin ningún tipo de recurso formal que pueda servirle de ayuda en el cuidado (Stansfeld, Stoner, Wenborn, Vernooji-Dassen, Moniz-Cook, & Orrell, 2017). La resiliencia favorece una visión más positiva de la vida; mejora el afrontamiento de las situaciones que puedan presentarse en torno a las tareas de cuidado y a las derivadas de ella; favorece la toma de decisiones de forma independiente por parte de las mujeres cuidadoras informales (Wah & Shahabuddin, 2015). En definitiva, podemos decir que ayuda a que la persona cuidadora informal genere estrategias que favorezcan su calidad de vida y su salud física, psíquica, emocional y social (Stonnington, 2016). Para la obtención de esta resiliencia hemos de favorecer un empoderamiento o empowerment, en las mujeres cuidadoras informales que les procure una buena autoestima y autoconcepto y que facilite la asunción de responsabilidades en el cuidado, al afrontamiento de retos que aparecerán en torno a los cuidados y a la toma de decisiones de una forma independiente. El objetivo de esta investigación es conocer las técnicas de trabajo integral que producen un empoderamiento en la persona y que promueven la obtención de resiliencia en las mujeres cuidadoras informales, permitiéndoles generar estrategias de solución de problemas y afrontamiento de las tareas de cuidado de una forma saludable.

El concepto de empowerment surge en los años 60 y será en los años 70 cuando llegue a la psicología social a través de países latinoamericanos, pero no será hasta los 80 cuando se empiece a estudiar y sistematizar. Es un concepto que alude a la asunción del control por parte de las personas, aunque también se extiende a las comunidades, organizaciones, etc. Es un constructo dinámico que depende de las condiciones sociales, políticas, culturales, etc (Zimmerman & Rappaport, 1988). El empowerment no se puede operacionalizar con reglas universales que sirvan para todas las personas, si no que depende de situaciones culturales y del contexto donde se desenvuelva la persona (Zimmerman, 1995). Según Rappaport (1984) es necesario analizar los procesos que pueden conducir a las fortalezas desde tres niveles: individual, organizacional y comunitario. Zimmerman (1995) elabora el Monological Network diferenciando entre procesos y resultados para cada uno de los tres niveles. Las acciones, actividades o estructuras pueden ser procesos (empowering) y como resultados de estos se puede dar un nivel de potenciación (empowered).

Las formas como los procesos pueden variar pues no hay un estándar que se adapte a cada persona, organización o comunidad pues depende como hemos dicho antes de los contextos y las culturas (Leiva-García y Rodríguez Fuentes, 2016). Los distintos empowering señalados por Zimmerman desde el nivel individual son como ya hemos dicho, aprender a gestionar los recursos, desarrollar habilidades para la toma de decisiones y trabajar y relacionarse con otras personas. Gracias a las vivencias de estos procesos las personas se fortalecerán más y obtendrán un mayor control de sus vidas, mayor conciencia de la realidad que les rodea y mayor participación social. Los estudios de Kieffer (1984) quién realizó una investigación basada en instrumentos cualitativos como las entrevistas y los de Zimmerman y Rapport (1988) quienes realizaron un estudio con instrumentos cuantitativos, avalan la teoría anteriormente expuesta.

Tabla 6. Teoría del fortalecimiento, diferenciando entre el empowering y empowered según nivel de análisis (Zimmerman, 2000).

Nivel de análisis	Proceso - Experiencias	Resultados
Individual	Aprender habilidades de toma de decisiones Gestionar recursos Trabajar con otras personas	Sentido de control Conciencia crítica Conductas participativas en el entorno social
Organizacional	Oportunidades para participar en la toma de decisiones Responsabilidades compartidas Liderazgo compartido	Competir eficazmente por los recursos Marco de relación con otras organizaciones Influencia política
Comunitario	Acceso a los recursos Estructura de gobierno abierto Tolerancia para la diversidad	Coaliciones organizacionales Liderazgo pluralista Habilidades de participación de los residentes

En este estudio hacemos referencia al nivel individual cuando hablamos de empowerment, en concreto, a las mujeres cuidadoras informales, por tanto, hay que estudiar las vivencias individuales de cada una de ellas nos darán información sobre, su cognición, sus emociones, sus sentimientos, sus vivencias y sus conductas. De esta forma se fomentará la toma de conciencia sobre la obtención de control en sus vidas y de lo que ocurre en su entorno. Desde la teoría del empowerment psicológico, este poder a nivel individual se deriva de las experiencias y aprendizaje que la persona tiene en sociedad, es decir en relación con su entorno con lo que es muy importante incentivar a las mujeres cuidadoras informales para su participación y relación social. Como hemos podido deducir por lo anteriormente expuesto, las condiciones de las mujeres cuidadoras informales que vivían hace cuarenta años no son las mismas que las de ahora, por su cultura y el contexto social donde vivían. Por lo tanto, el empowerment variará según la persona, su contexto y su cultura y debemos estudiar cada

caso y cada personalidad para favorecer un proceso de empoderamiento en las mujeres cuidadoras informales en nuestra sociedad.

Este empoderamiento tendrá como resultado la generación de factores resilientes o posesión de resiliencia que supondrán una mejor salud y satisfacción vital en la vida de estas mujeres cuidadoras y por lo tanto una mayor eficacia en la realización de las tareas de cuidado. Para empoderar a las mujeres cuidadoras de nuestra investigación hemos utilizado fundamentalmente los principios de mindfulness y nos hemos basado en técnicas que abordan a la persona desde una visión integral y que promueven el estado de atención, concentración y actitud centrada en el presente. Las técnicas han sido: pilates, yoga (relajación y meditación), tai chi chuan y chi kung, mindfulness, técnicas de promoción de emociones positivas basadas en la Psicología positiva que trabajan sobre la autoestima, el autoconcepto, el control de las emociones, etc a través de dinámicas de grupo y técnicas basadas en la tecnología de la comunicación y la información que promoverán una mayor relación con el entorno social. En este artículo se ha realizado una búsqueda sobre literatura científica relacionada con la temática que tratamos y hemos comprobado que no hay estudios científicos en la actualidad que engloben todas las técnicas integrales que proponemos en esta investigación como vía para el empoderamiento de las mujeres cuidadoras informales y la promoción de resiliencia.

1. Mindfulness

Aunque Mindfulness en nuestra sociedad occidental empieza a despuntar hace una década, en las sociedades orientales es una práctica milenaria. Ahora en Occidente se convierte en un área de investigación científica (Hayes & Feldman, 2004) y se le relaciona con la salud mental y física (Winship, 2007). Esta práctica fue introducida en Occidente por John Kabat-Zinn (1990, 1994, 2003) como parte principal de un Programa de Reducción de Estrés y Relajación en el Medical Center de la Universidad de Massachussets (Hamilton, Kitzman & Guyotte, 2006). Aquí se introduce mindfulness como la conciencia que se deriva de una atención plena por parte de la persona, en el presente, sin juzgar, reaccionar o evaluar el suceso. Csikszentmihalyi, (2007), habla de la necesidad de poner la atención en nuestro experimentar haciendo, pensando y sintiendo, por ello la verdadera calidad de vida es como nos sentimos al respecto y como interpretamos nuestros procesos. La relación entre atención

y consciencia viene de largo en la tradición. Colmenero (2004) asocia la claridad de la consciencia a la atención y como esta está implicada en la experiencia consciente.

También James (1989) nos dice en su obra maestra Principios de la Psicología, que la atención es el acto de tomar posesión, por parte de la mente de uno solo de los varios objetos de pensamiento simultáneos. Los componentes más importantes de la atención son: la alerta, la orientación, la focalización, la exploración, la concentración o la vigilancia y la inhibición de respuestas automáticas. Generalmente nuestra atención viene estando dirigida de una manera involuntaria según nuestro bagaje genético, convenciones sociales y hábitos aprendidos en la infancia. Gallenger (2010) comenta que en la atención involuntaria la persona participa pasivamente dirigida por el estímulo más sobresaliente del entorno. Por ello, según Csikszentmihalyi (2007), es fundamental para tomar el mando de la propia vida, controlar la atención de manera voluntaria en lugar de esperar a un estímulo externo. Cuanto más difícil es una tarea mental, más difícil es concentrarse en ella, pero cuando a una persona le gusta lo que hace, está motivada y entusiasmada para hacerlo, centrar la mente se convierte en una actividad sin esfuerzo, aun cuando sean grandes las dificultades objetivas.

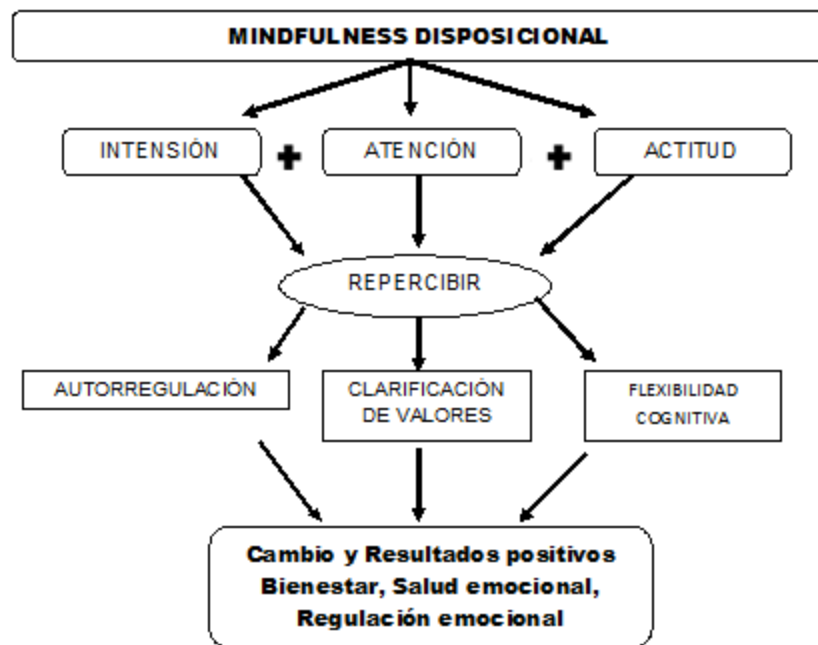
Podemos decir que vivir el presente es fundamental para el concepto de atención plena, porque la aceptación del presente es también, evitar la comparación con lo que debería ser (vivir proyectada hacia el futuro según los valores y paradigmas aprendidos en mi entorno cultural) o lo que me gustaría que fuese según mi propia experiencia en relación al dolor y al placer (también futuro). Cuando de forma intencionada renunciamos a la comparación dejamos de resistirnos, de luchar y, por tanto, de sufrir emocionalmente. La acción de la persona que deriva de la consciencia en el presente, desde una perspectiva mindfulness, se transforma en una respuesta consciente y no en una reacción automática, inmediata sin control y sin voluntariedad. En la revisión realizada por Cahn y Polish (2006) señalan que durante la práctica de mindfulness se activa la corteza cingulada anterior, señalando un punto de unión entre las emociones, los estados corporales asociados, la atención y el pensamiento. Davidson (2012) también señala que la práctica de mindfulness relaciona con una mayor recuperación después de sufrir situaciones estresoras, al aumentar la activación de la corteza prefrontal izquierda. Para Kabat-Zinn (1990) son siete los factores relacionados con la actitud, que constituyen los principales soportes de la práctica y entrenamiento en Mindfulness: no juzgar, paciencia, mente del principiante, confianza, no esforzarse, aceptación y ceder.

Baer (2003) en sus investigaciones nos afirma que a pesar de encontrar dificultades metodológicas, el mindfulness como intervención, alivia una gran cantidad de problemas con respecto a la salud mental y el buen funcionamiento psicológico. Cuando hablamos de mindfulness podemos encontrar diversas definiciones como (1) habilidad mental que la persona utiliza en la práctica, (2) es un estado que resulta de una práctica, (3) es un rasgo de personalidad (Brown, Ryan, & Creswell en Carmody, 2009; Davidson, 2010; Hayes & Shenk, 2004). En la actualidad se estudia el mindfulness como una característica disposicional, con conductas observables o tendencias innatas al ser humano que se relacionan con una tendencia natural de ser consciente durante su vida cotidiana (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006), en las cuales hay diferencias individuales (Brown & Ryan, 2003), que pueden ser entrenadas. Hablamos de mindfulness como un rasgo que se relaciona con el bienestar, la salud emocional y su regulación.

Tras las últimas investigaciones sobre este concepto definiríamos el mindfulness disposicional como características que están presentes en la vida cotidiana de las personas, las cuales se conforman a través de la no acción reactiva a las experiencias internas, máxima observación, conciencia y atención de las sensaciones, pensamientos, sentimientos, percepciones y la actuación desde la conciencia sin juzgar la experiencia. Brown y Ryan (2003) y Kabat Zinn (2003) comentan en sus investigaciones que toda persona tiene la capacidad de poner atención y ser consciente del momento presente. Esto puede variar según las personas y según su voluntad. Estos factores procedentes del mindfulness son mediadores en la protección psicológica de la persona y en el bienestar por el que transcurre su vida. En investigaciones sobre el desarrollo de las escalas de mindfulness se concluye que hay personas con un mayor mindfulness predisposicional que refieren menos estrés, ansiedad, depresión y un mayor nivel de disfrute de la vida, vitalidad, buena salud, satisfacción y calidad de vida (Greeson, 2009). El mindfulness parece representar un equilibrio emocional que implica la aceptación de experiencias internas, claridad afectiva, la capacidad de regular las emociones y los estados de ánimo, la flexibilidad cognitiva y un enfoque saludable a los problemas. (Hayes & Feldman, 2004). Brown y Ryan (2003) definen el mindfulness como una característica que es muy importante en la salud mental y física de las personas, mientras que Feltman, Robinson y Ode (2009) que el mindfulness disposicional ejerce una función protectora y esto permite que las personas respondan a situaciones de estrés con mayor claridad y calma (Rediger & Summers, 2007).

Raes y Williams (2010) nos concluyen en sus investigaciones que tanto el mindfulness disposicional o el mindfulness como habilidad que se entrena se refieren a que la persona tiene la capacidad de darse cuenta de aquellas actitudes o pensamientos que le paralizan y reacciona parando ese proceso porque sabe por su entrenamiento que ese tipo de comportamiento puede llevarle a alteraciones psíquicas, físicas y emocional que perjudiquen gravemente su vida diaria. Erisman, Salters-Pedneault y Roemer (2005) en su investigación preliminar sobre regulación emocional y mindfulness, argumentan que la incorporación de habilidades para la persona a través de mindfulness disminuye los problemas relacionados con las emociones y las regula a través de la conciencia, la amabilidad y la autocompasión. Finalmente diremos que Shapiro, Carlson, Astin y Freedman (2006) proponen un modelo que hace especial hincapié en la intención, la atención o conciencia y la actitud de la persona. Nos definen tres axiomas de actuación del mindfulness que son responsables de las transformaciones que esta práctica produce en las personas

Figura 3. Representación gráfica explicativa del modelo teórico adaptado de Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, (2006).



Para lograr el desarrollo de la conciencia plena, un estado de atención, una acción voluntaria y controlada y la experiencia consciente en el presente que propone Mindfulness en nuestra intervención con mujeres cuidadoras informales, en esta investigación hemos utilizado técnicas procedentes específicamente del Mindfulness y otras como Yoga, Tai chi,

Chi kung, Pilates, técnicas basadas en la Psicología positiva y en las Tecnologías de la Comunicación y la Información.

2. Yoga

La historia de la práctica de yoga como disciplina se remonta a unos 5.000 o 6.000 años. Las primeras referencias proceden de Pakistán (restos arqueológicos excavados del valle del Indo, donde se hallaron figuras realizando posturas de yoga y meditación relacionadas con la civilización Indus-Saravasti. Esta civilización creó los Vedas que son una colección de himnos que contienen las enseñanzas de los maestros de yoga que se las consideraba revelaciones divinas. El Bhagavad-Gita es la primera escritura sagrada dedicada al Yoga, con 700 versos. Las enseñanzas se transmiten de maestro a discípulo y aún se practica como tal. Dada su procedencia se le relaciona con el hinduismo. Aunque todos los tipos de yoga persiguen la iluminación y tienen los mismos objetivos, se trabajan según la modalidad distintas partes del cuerpo para fortalecerlo, al igual que se trabaja la concentración, la relajación y la meditación en el momento presente. Los beneficios del yoga son la concentración, estabilidad emocional, control de la respiración, atención plena, equilibrio, la fuerza física y la flexibilidad, resistencia, energía, mejora de la circulación.

3. Técnicas de promoción de emociones positivas derivadas de la Psicología positiva

La psicología positiva emerge en el año 2000 y según Seligman (2002) una de sus principales características fue contribuir a erradicar un principio que tenía la psicología hasta entonces, la cual ponía el foco en erradicar los trastornos psicológicos y descuidaba el desarrollo de las fortalezas del ser humano. Su objetivo en origen fue estudiar de forma científica los aspectos que estaban en relación con el bienestar y las sensaciones de las emociones positivas. En nuestra investigación desarrollamos una serie de herramientas para confeccionar una intervención destinada a fortalecer a las mujeres cuidadoras informales en favor de su bienestar a través de las emociones positivas con dinámicas de grupo que fortalecían su autoestima y autoconcepto, fomentaban las relaciones con otras personas constituyendo redes de apoyo para la persona cuidadora y ayudaban a la expresión de las emociones y su control.

4. Tai Chi Chuan y Chi kung

El Tai Chi Chuan es “El Arte Supremo Del Puño” y su finalidad es trabajar y cultivar la energía para emplearla en el combate originariamente. En su occidentalización, el Tai Chi Chuan más difundido y practicado se queda en una secuencia de movimientos lentos y conscientes de alto valor terapéutico que permiten tomar conciencia del cuerpo en la persona que lo practica a través del desplazamiento y el control del espacio y del tiempo. Aunque tienen su aplicación marcial, por lo general no se estudia esta parte por ser de una enorme complejidad y no ser necesaria en nuestra intervención. A pesar de tener varias escuelas, la más difundida en Occidente ha sido la escuela Yang que fue la que se utilizó en la intervención. La secuencia de movimientos de Tai Chi Chuan tienen pues una doble finalidad: por un lado, la finalidad marcial de combate y por otro la de recorrer los canales de energía del cuerpo movilizándola y proporcionando salud y vitalidad. Los ejercicios de Chi Kung están caracterizados por la atención consciente en la respiración y en los movimientos que promueven el paso correcto de la energía a través de todo el cuerpo. Todos los movimientos que se practican están destinados a proporcionar salud al cuerpo y a la mente.

5. Pilates

Pilates fue un método creado por Joseph Pilates y se compone de ejercicios que involucran al cuerpo y a la mente y que se centra en la estabilidad del core como se conoce al centro energético del cuerpo en pilates (la zona anatómica interna comprendida entre el suelo pélvico y la caja torácica), la fuerza, la flexibilidad y la atención del control muscular, la postura y la respiración. El control en la entrada y salida de aire de forma acompasada durante el ejercicio es uno de los principios fundamentales de pilates. Cada movimiento y ejercicio tiene asociada una respiración que facilita su ejecución lo cual facilita el entrenamiento en utilización consciente de respiración y músculos. Esta modalidad exige de la persona una concentración y atención constante y esta era uno de los objetivos de nuestra intervención, ayudar a las mujeres cuidadoras a estar en el momento presente siempre. Es necesaria una atención total para llevar a cabo los movimientos en pilates y en sus ejercicios, centrando toda la atención en la parte del cuerpo que se trabaja. Es un concepto que va muy unido al control. Pilates pone el foco en la mejora de la fuerza, la flexibilidad y en una buena movilidad articular lo que se puede asociar a múltiples beneficios relacionados con la mejora de la salud física y mental.

El objetivo más habitual se centra en el sistema musculo esquelético y el tejido conectivo, es decir, problemas musculares y de articulaciones. Pilates es muy beneficioso para los dolores de espalda crónicos, los cuales son muy abundantes en las personas que se dedican al cuidado muchas horas.

6. Técnicas que fortalecen las relaciones personales con el entorno basadas en las tecnologías de la comunicación e información

El empoderamiento de las mujeres cuidadoras informales, en relación con las TIC, implica la mejora de las habilidades, conocimiento, acceso y uso de estas. Aquí se incluye un objetivo estratégico referido al incremento de la participación y el acceso de la mujer en el caso de nuestra intervención, a la expresión y a la toma de decisiones, la relación social en y mediante los medios y recursos que les proporcionan las TIC. El uso y la competencia de estas herramientas promueve las posibilidades de empleo y autoempleo; o la participación en comunidades y redes virtuales puede aumentar la capacidad de la libre expresión, el apoyo de grupos virtuales en el caso de las tareas de cuidado y de la toma de decisiones a diferentes niveles de la vida de las mujeres cuidadoras informales. El empoderamiento con las TIC hace referencia al nivel de acceso, uso, competencia y actitud frente las TIC. El empoderamiento de las mujeres cuidadoras en nuestra intervención se centra en el incremento de su poder en las decisiones claves de su vida, incluidas las relacionadas con el acceso a los recursos, la participación en la toma de decisiones y en la distribución de los beneficios. El concepto enfatiza la idea de las mujeres como agentes activos, así pues, la autonomía, el dominio, el control, la toma de decisiones, la libertad para elegir y la capacidad de uso y acceso a las TIC son aspectos imprescindibles en el proceso del empoderamiento.

El objetivo general de esta investigación es conocer la relación entre salud, satisfacción vital, sobrecarga y resiliencia en mujeres cuidadoras informales tras su paso por un programa de intervención. Y como objetivo específico queremos conocer qué tipo de técnicas integrales dentro de una intervención pueden propiciar un empoderamiento en las mujeres cuidadoras informales y por lo tanto promover en ellas la resiliencia.

Método

1. Participantes

La muestra de participantes de la presente investigación fueron 111 mujeres con edades comprendidas entre los 33 y los 75 años, con una media de 52.08 (SD=9.34). Todas ellas mujeres cuidadoras informales que dedicaban al menos ocho horas diarias a las tareas de cuidado de un familiar. Cuidaban a la persona dependiente dentro de su domicilio o en el domicilio de la persona cuidada. Algunas de ellas combinaban las tareas de cuidado con el trabajo dentro del mercado laboral. Con relación al nivel educativo, el 36% de las mujeres cuidadoras tienen bajo nivel de estudios, el 55,5% un nivel medio y el 9% restante un alto nivel de estudios. Por otro lado, el 96,7% viven acompañadas frente al 3,3% que viven solas.

Tabla 7. Relación de mujeres participantes en el programa de intervención del Estudio 3

Participante	Edad	Estado civil	Hermanos/-as	Hijos/-as	Estudios	Inserción merc. lab.	Estado de salud de la persona dependiente	Estado de salud de la persona cuidadora
Dolores	66	Casada	3 hermanos	4 hijos	Básicos	No	Esclerosis Múltiple	Artritis reumatoide
Manuela	65	Viuda	2 hermanos	1 hijo y 1 hija	Básicos	No	Demencia Senil	Artrosis generalizada
Esperanza	55	Casada	3 hermanos	1 hijo y 1 hija	Básicos	Sí	Problemas circulatorios en extremidades inferiores que impiden movilidad	Osteoartrosis
Almudena	61	Casada	4 hermanas	3 hijos	Básicos	Sí	Degeneración articular su padre y demencia senil su madre	Fibromialgia
Inmaculada	50	Casada	2 hermanos	1 hijo	Superiores	Sí	Degeneración articular con escasa movilidad en ambos, padre y madre	Dolores de espalda generalizados
María José	60	Casada	3 hermanos	2 hijos y 1 hija	Medios	No	Demencia senil	Osteoporosis y artrosis articular
Isabel	58	Casada	3 hermanos	1 hijo y 1 hija	Básicos	No	Degeneración ósea	Fibromialgia
M ^a Luz	46	Casada	2 hermanos y 1 hermana	3 hijos	Medios	Sí	Alzheimer	Fibromialgia
M ^a Dolores	48	Casada	2 hermanos y 1 hermana	1 hijo y 1 hija	Medios	Sí	Demencia Senil	Degeneración ósea
Encarnación	59	Casada	3 hermanos	1 hijo y 1 hija	Básicos	No	Demencia senil	Artrosis
Estrella	47	Casada	1 hermano		Medios	Sí	Problemas coronarios	Artrosis
Alba	53	Casada	1 hermana y 1 hermano	2 hijos	Básicos	No	Demencia senil	Fibromialgia
Elena G.	60	Casada	2 hermanos	1 hijo	Básicos	Sí	Cardiopatía	Artrosis
M ^a Victoria	58	Casada	1 hermano	1 hijo	Medios	Sí	Alzheimer	Artritis
Marta	55	Casada	4 hermanos	2 hijas	Básicos	No	Alzheimer	Fibromialgia
Elena B.	62	Casada	2 hermanos	2 hijos	Básicos	No	Problemas circulatorios	Osteoporosis
Sara	60	Casada	1 hermano	1 hijo y 1 hija	Básicos	No	Demencia senil	Artrosis

2. Instrumentos

Este estudio combina la metodología cuantitativa con la cualitativa. En esta línea se presentan en primer lugar los instrumentos para la recogida de datos cuantitativa y en segundo lugar se describe la entrevista semiestructurada como instrumento cualitativo para profundizar en las respuestas de las mujeres cuidadoras informales.

Por un lado, siguiendo un diseño cuantitativo, se aplican cuatro pruebas estandarizadas de satisfacción vital, resiliencia, salud y sobrecarga del cuidador.

El test Mini-Mental State Examination (*MMSE*) (1977) que mide la función cognitiva consta de 11 ítems: orientación temporal, orientación espacial, recuerdo inmediato de 3 palabras, atención o cálculo (deletreo en inversa o resta secuencial), recuerdo diferido de las tres palabras, nominación de 2 objetos, repetición de una frase, comprensión de una orden verbal y una escrita, escritura de una oración y copia de un diagrama. Los puntajes parciales obtenidos son sumados, obteniéndose un máximo de 30 puntos.

La escala de satisfacción vital- SWLS (Diener, 1985) mide la satisfacción vital de las personas con su vida. Es una escala Likert con siete opciones de respuesta que van de 1 (Totalmente en desacuerdo) 1 al 7 (Totalmente de acuerdo). La fiabilidad es alta ($\alpha=.896$).

El cuestionario de salud (GHQ-12) (Goldberg, 1972) mide malestar psicológico y detecta cambios en el funcionamiento psicológico del sujeto. De las distintas versiones se ha seleccionado para este estudio la versión abreviada de 12 ítems con opciones de respuesta tipo Likert que van des de 1 a 4, siendo más positiva la respuesta cuanto más tiende a 1. La fiabilidad de la escala es alta ($\alpha=.854$). La escala de resiliencia (CD-RISC) (Connor-Davidson, 2003) mide la resiliencia en una escala de 25 ítems en una escala de 0-4, donde 0= "no ha sido verdadera en absoluto" y 4= "verdadera casi siempre". Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 100; a mayores puntuaciones, mayor resiliencia. La fiabilidad de la escala es alta con un α de Cronbach de 831. La escala de sobrecarga del cuidador (*Zarit y Zarit, 1982*) mide el grado de sobrecarga de los cuidadores de mayores en una escala tipo Likert de 22 ítems con opciones de respuesta que van de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La respuesta es más positiva e implica menor sobrecarga cuanto más tiende a 1. La escala tiene una alta fiabilidad ($\alpha=.908$).

Figura 4. Preguntas de la entrevista del Estudio 3

¿Cómo influye el hecho de ser mujer en la responsabilidad del cuidado?

¿Cómo definiría su carácter y sentido del humor?
¿Las afronta usted misma o solicita ayuda?
¿Cómo utiliza su tiempo de ocio o tiempo libre?
¿Toma usted la iniciativa para las soluciones de problemas relacionados con el cuidado?
¿Cómo se siente llevando a cabo las tareas de cuidado y la responsabilidad? ¿Suele delegar en alguna persona?
¿Cómo combina las tareas de cuidado con un trabajo dentro del Mercado Laboral?
¿Cómo se encuentra su salud física, psíquica, emocional y social?
¿Siente que las tareas de cuidado han modificado su salud? ¿En qué medida?
¿Toma algún tipo de medicamentos y por qué?
¿Ha notado alguna diferencia en usted después de haber realizado esta formación? ¿Nos podría decir cuáles son esas diferencias?

3. Procedimiento

Hemos utilizado en este estudio una metodología mixta basada en el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos. Como instrumentos de la metodología cuantitativa se pasaron a cada una de las participantes los cuestionarios siguientes: El test Mini-Mental State Examination (MMSE) que mide la función cognitiva, GHQ, para salud, SWLS, para satisfacción vital, Zarit para sobrecarga y Connor-Davidson para resiliencia. Estos cuestionarios fueron pasados en un tiempo pre- y post-, antes y después de la intervención. De la muestra total de mujeres cuidadoras informales (111) se seleccionaron a 13 mujeres de forma intencional para la realización de las entrevistas semiestructuradas para profundizar en la temática de la posesión o no de resiliencia. Se realizaron antes y después de la intervención para poder comprobar qué número de mujeres podían partir de la posesión de resiliencia antes de realizar la intervención y cuáles no, de forma que comprobásemos si el cambio en los discursos se debía a la intervención realizada. Los discursos recogidos en las entrevistas se analizaron según el Modelo de Mapa de Resiliencia (Gil, 2010). Las unidades de significación se agruparon en Resiliencia y No Resiliencia. Se extrajeron con el programa SysExporter v 1.2 de Window (de acceso libre desarrollado por Nirsoft). Dos especialistas en la temática validaron las partes del discurso como información relevante por la presencia o ausencia de resiliencia en las mujeres cuidadoras entrevistadas. Los datos obtenidos nos permiten comprobar si la persona tiene resiliencia o no resiliencia y su relación con el contexto y con la influencia de género en las tareas de cuidado.

Las sesiones estuvieron llevadas a cabo por personas instructoras de cada técnica y el acompañamiento de profesionales integrantes de esta investigación. Se realizó una intervención durante tres meses con sesiones grupales y semanales de cuatro horas de duración cada una. Las técnicas utilizadas en la intervención fueron, mindfulness, yoga, tai chi chuan, chi kung, TIC, pilates y dinámicas de grupo procedentes de la psicología positiva.

Cada sesión se dedicó al trabajo de una de estas técnicas con un tiempo antes y después destinado a conclusiones de cada sesión y a preguntas de las participantes sobre las mismas. Las sesiones son las siguientes:

Tabla 8. Descripción de sesiones del Estudio 3

SESIONES	CONTENIDOS	PROFESIONAL
Día 1. Mindfulness	<p>Primera Parte</p> <p>Objetivo</p> <p>Aprender a centrar la atención en el presente</p> <p>-Comenzamos las sesiones explicando el origen de Mindfulness y aclarando conceptos como el aquí y ahora, vivir en el presente y conciencia plena.</p> <p>-Se abre un turno de preguntas para poder aclarar las posibles dudas de las participantes antes de comenzar con la profundización en el mensaje de Mindfulness y la práctica.</p> <p>-Se comienzan los ejercicios y algunos de ellos fueron:</p> <p>*Mindfulness de un minuto, una práctica sencilla donde acercamos a las personas a esta disciplina y mostramos una forma muy agradable de relajarnos con solo prestar atención al cuerpo.</p> <p>*Respiración de aterrizaje en el aquí y ahora. Ejercicio basado en prestar atención a la inspiración y espiración y detectar cuando nos distraen los pensamientos. Mostrar conciencia de cual fue nuestra distracción en un segundo y volver de nuevo a la respiración.</p> <p>* Mindfulness al desayunar. Se trata de iniciar a la persona en esta práctica como hábito todas las mañanas para comenzar el día con actitud de aquí y ahora, alejando distracciones se centran en el alimento que consumes, elegimos alimentos que se pueden tomar en el desayuno y atrajimos su atención hacia los sabores, olores, texturas, etc.</p> <p>*Atención al momento. El objetivo es permanecer atentas a la escucha de sonidos y escucharlos sin juzgar de donde viene, ver si nuestra sensación es agradable o no. Si nos distraemos volver a la respiración y a centrarnos de nuevo en el sonido.</p> <p>* Escáner Corporal o Body Scan, como se le conoce a este ejercicio en Mindfulness. Este ejercicio intenta que la persona sea consciente de su cuerpo sin juzgar ni rechazar, solo atenta a las sensaciones de ese momento, sin apegarnos a lo agradable ni rechazar lo desagradable. Si hay distracción volver a la respiración.</p> <p>Se da un tiempo de descanso para que la persona integre ejercicios e intercambie opiniones con el resto de las participantes.</p> <p>Segunda Parte</p> <p>*Se aclaran más conceptos de la teoría y de las respuestas de nuestro cerebro ante los estímulos que le hacemos llegar. También explicamos la idea de atención plena con respecto a los ejercicios practicados.</p> <p>*Se realizan respiraciones con distintos ritmos, a veces con la atención en inspiración, o espiración o en las pausas.</p> <p>*Relajación dirigida para integrar los conceptos de aquí y ahora y vivir en presente.</p> <p>Finalmente se abre un turno de palabra para intercambiar experiencia, dudas o sugerencias y beneficios que les haya reportado la práctica de este día</p>	Médico experto en mindfulness
Día 2. Pilates	<p>Primera Parte</p> <p>Objetivo</p> <p>Centrar la atención en el cuerpo para fortalecerlo</p> <p>*Comenzamos explicando a las participantes los orígenes de Pilates y su relación y diferencia con la disciplina de Pilates. Se hace incidencia en el centro de atención en todos los ejercicios, en el powerhouse y la importancia de estar centradas en los movimientos, el cuerpo y la respiración como condición para la práctica de Pilates.</p> <p>Se abre un turno de preguntas para poder aclarar las posibles dudas de las participantes antes de comenzar con la profundización en el mensaje de Pilates y la práctica.</p> <p>-Comenzamos explicando la respiración basada en el powerhouse, respiración con la que se realiza la práctica. El concepto de powerhouse hay que aplicarlo en toda práctica de pilates pues es a través de él donde se obtiene la energía, la estabilidad, la fuerza y el control para la realización de todos los ejercicios. Su uso correcto hará que se avance en esta práctica y se obtengan los beneficios.</p> <p>- Comenzamos la práctica corporal:</p> <p>Se realizan ejercicios para tonificación de espalda sin aparataje específico.</p> <p>-Ejercicios de control de abdomen y respiración.</p> <p>-Ejercicios de fortaleza del tren inferior y superior</p>	Instructora de Pilates

Proceso de cuidado, deterioro y resiliencia en mujeres cuidadoras informales, adultas y mayores

	<p>-Finalmente se realizan estiramientos suaves para dar elasticidad y relajación a todo el sistema muscular.</p> <p>Se da un tiempo de descanso para que la persona integre ejercicios e intercambie opiniones con el resto de las participantes.</p> <p>Segunda Parte</p> <p>*Comenzaremos a trabajar con bandas elástica el tren inferior y superior para fortalecer musculatura y articulación.</p> <p>*Se hacen ejercicios con el Balón grande de pilates para trabajar muscularmente la espalda.</p> <p>*Se hacen ejercicios con el balón pequeño de pilates para trabajar la rotación vertebral y el equilibrio.</p> <p>Finalmente se abre un turno de palabra para intercambiar experiencia, dudas o sugerencias y beneficios que les haya reportado la práctica de este día.</p>	
Día 3. Yoga	<p>Primera Parte</p> <p>Objetivo</p> <p>Centrar la mente a través del cuerpo</p> <p>-Comenzamos explicando a las participantes los orígenes de Yoga y su relación y diferencia con la disciplina de Pilates en lo cual incidimos el día anterior también. Se hace incidencia en el centro energético en yoga que está entre el esternón y el abdomen y la importancia de estar centradas en los movimientos, el cuerpo y la respiración como condición para la práctica de Yoga.</p> <p>Se abre un turno de preguntas para poder aclarar las posibles dudas de las participantes antes de comenzar con la profundización en el mensaje de Yoga y la práctica.</p> <p>*Comenzamos la práctica con ejercicios basados en las distintas respiraciones de la disciplina de yoga. Torácica, abdominal, intercostal, abdominal o integral.</p> <p>*Se comienzan a prácticas asanas o posturas físicas de calentamiento para el cuerpo.</p> <p>-Se va profundizando poco a poco en las posiciones o asanas en combinación con la respiración abdominal.</p> <p>*Se practicarán ejercicios de equilibrio con gran desarrollo de la concentración por parte de las participantes.</p> <p>*Se da un tiempo de descanso para que la persona integre ejercicios e intercambie opiniones con el resto de las participantes.</p> <p>Segunda Parte</p> <p>-Se realiza una explicación teórica de la diferencia entre relajación y meditación.</p> <p>*Practica de ejercicios de relajación y de meditación.</p> <p>Finalmente se abre un turno de palabra para intercambiar experiencia, dudas o sugerencias y beneficios que les haya reportado la práctica de este día.</p>	Instructora de yoga
Día 4. Tai chi Chuan y Chi Kung	<p>Primera Parte</p> <p>Objetivo</p> <p>Aprender a movernos sin perder la atención en lo que hacemos y hacerlo con una respiración saludable</p> <p>-Comenzamos explicando a las participantes los orígenes de Tai chi Chuan y Chi kung y su relación y diferencia con la disciplina de Yoga. Se hace incidencia en el centro energético en estas disciplinas que está situado en el abdomen y la importancia de estar centradas en los movimientos, el cuerpo y la respiración como condición para la práctica de Tai Chi Chuan y Chi Kung.</p> <p>Se abre un turno de preguntas para poder aclarar las posibles dudas de las participantes antes de comenzar con la profundización en estas prácticas.</p> <p>*Se comienza con práctica de ejercicios de desplazamiento en el espacio y control del peso del cuerpo, que es el punto de partida básico de Tai Chi Chuan.</p> <p>*Se realizarán ejercicios de Chi kung, que se realizan de una forma estática en combinación con movimientos fijos y respiración.</p> <p>*Se practican ejercicios de desplazamiento en coordinación con la respiración y el equilibrio. Se hace hincapié en la necesidad de estar centradas en el momento para poder coordinar el movimiento espacial en varias direcciones, el equilibrio y la respiración.</p> <p>*Se da un tiempo de descanso para que la persona integre ejercicios e intercambie opiniones con el resto de las participantes.</p> <p>Segunda Parte</p> <p>-Comenzamos esta parte con la realización de un kata pequeño de la disciplina de Tai Chi Chuan con la idea de que puedan integrar todo lo que hemos hecho hasta ahora y les sirva de práctica diaria.</p> <p>-Se explicará la relación de la energía, el cuerpo y la mente en el trabajo de Chi Kung, para entender como favorecer el flujo de energía a través de todo nuestro ser.</p> <p>Finalmente se abre un turno de palabra para intercambiar experiencia, dudas o sugerencias y beneficios que les haya reportado la práctica de este día.</p>	Instructor de Tai Chi Chuan y Chi Kung
Día 5. Técnicas de desarrollo de emociones	<p>Primera Parte</p> <p>Objetivo</p> <p>Aprender a conocerse, quererse, cuidarse y elevar la autoestima</p>	Psicóloga

Proceso de cuidado, deterioro y resiliencia en mujeres cuidadoras informales, adultas y mayores

<p>positivas basadas en la Psicología Positiva</p>	<p>-Comenzamos explicando a las participantes los orígenes de la psicología positiva. Se hace incidencia como con la práctica de ejercicios que propone la psicología positiva podemos tomar nuestra mente y forma de ser en más positiva, llegar a poseer resiliencia, a reconocer cuando nuestros pensamientos toman derroteros no adecuados para nuestra salud, a ser más tolerantes y comprensivos, a tener otra perspectiva de la vida además de la nuestra etc.</p> <p>*Contar tres experiencias divertidas, donde tengamos que sacar nuestro sentido del humor, reírnos y ver la vida con un poco más de optimismo.</p> <p>*Escribir experiencias que te han pasado la última semana, para fomentar nuestra reflexión en los actos cotidianos y detectar posibles errores de comportamiento y emoción que podamos modificar.</p> <p>*Escribir una carta de agradecimiento a alguna persona a la que le debemos cosas buenas y que hasta ahora no lo hayamos hecho.</p> <p>*Paseo por el exterior y mostrar gestos de bondad y alegría con las personas que nos vamos encontrando. Aprender a tener una actitud abierta al exterior.</p> <p>*Se da un tiempo de descanso para que la persona integre ejercicios e intercambie opiniones con el resto de las participantes.</p> <p>Segunda Parte</p> <p>*Cada participante expone una problemática que tenga en su vida actual o una mala relación y otra participante le da su opinión de como solucionaría ella la temática. Aprender a compartir y no creer que nuestra opinión sea la única válida. Aprender a ponerse en el lugar de la otra persona sin olvidarnos de nosotras.</p> <p>Finalmente se abre un turno de palabra para intercambiar experiencia, dudas o sugerencias y beneficios que les haya reportado la práctica de este día.</p>	
<p>Día 6. Técnicas que promueven la relación personal con el entorno basada en las Tecnologías de la Comunicación y la Información</p>	<p>Primera Parte</p> <p>Objetivo</p> <p>Aprender a manejar herramientas de comunicación social como forma de contacto con nuestro entorno</p> <p>-Comenzamos explicando a las participantes que son las nuevas tecnologías de comunicación en nuestra sociedad, sus beneficios y sus peligros. Explicamos que tipo de Redes Sociales son las más usadas y la especificidad de cada una.</p> <p>*Se realizan ejercicios de entradas en Internet a través de ordenador y en Google.</p> <p>*Se seleccionan lugares de búsquedas de información con seguridad.</p> <p>*Se crean correos electrónicos para cada persona y sus claves de acceso. Se intercambia información</p> <p>*Se realizará entrada en las principales redes sociales. Se abrirá un grupo de trabajo en Facebook.</p> <p>*Se da un tiempo de descanso para que la persona integre ejercicios e intercambie opiniones con el resto de las participantes.</p> <p>Segunda Parte</p> <p>*Las participantes libremente van a interactuar con las nuevas tecnologías, haciendo búsquedas de temáticas de su interés, publicando acciones o chateando con otras de las participantes.</p> <p>*Finalmente se abre un turno de palabra para intercambiar experiencia, dudas o sugerencias y beneficios que les haya reportado la práctica de este día.</p>	<p>Profesor de Informática y Redes Sociales</p>
<p>Día 7. Mindfulness y Yoga</p>	<p>Primera Parte</p> <p>Objetivo</p> <p>Aprender la diferencia y similitud del trabajo de atención y cuidado de ambas disciplinas y poder elegir lo mejor en cada momento</p> <p>Comenzamos recordando la relación y la diferencia entre las disciplinas de Mindfulness y Yoga. A continuación, les pedimos que digan que ejercicios de ambas les gustaría repetir y trabajar.</p> <p>*Se realizan los ejercicios prácticos elegidos, tanto de Mindfulness como de Yoga</p> <p>*Se da un tiempo de descanso para que la persona integre ejercicios e intercambie opiniones con el resto de las participantes.</p> <p>Segunda Parte</p> <p>*Las participantes en grupos de seis personas explican los beneficios de dos de los ejercicios practicados y exponen el por qué los han elegido.</p> <p>-Finalmente se abre un turno de palabra para intercambiar experiencia, dudas o sugerencias y beneficios que les haya reportado la práctica de este día.</p>	<p>Médico experto en mindfulness e instructora de yoga</p>
<p>Día 8. Tai Chi Chuan y Chi Kung</p>	<p>Primera Parte</p> <p>Objetivo</p> <p>Aprender la diferencia y similitud del trabajo de atención y cuidado de ambas disciplinas y poder elegir lo mejor en cada momento</p> <p>-Comenzamos recordando la diferencia entre las disciplinas de Tai Chi Chuan y Chi Kung. A continuación, les pedimos que digan que ejercicios de ambas les gustaría repetir y trabajar.</p> <p>*Se realizan los ejercicios prácticos elegidos, tanto de Tai Chi Chuan como de Chi Kung.</p> <p>-Se da un tiempo de descanso para que la persona integre ejercicios e</p>	<p>Instructor de Tai Chi Chuan y Chi Kung</p>

Proceso de cuidado, deterioro y resiliencia en mujeres cuidadoras informales, adultas y mayores

	<p>intercambie opiniones con el resto de las participantes.</p> <p>Segunda Parte</p> <p>*Las participantes en grupos de seis personas explican los beneficios de dos de los ejercicios practicados y exponen el por qué los han elegido.</p> <p>-Finalmente se abre un turno de palabra para intercambiar experiencia, dudas o sugerencias y beneficios que les haya reportado la práctica de este día</p>	
Día 9. Pilates y Técnicas de desarrollo de emociones basadas en la Psicología Positiva	<p>Primera Parte</p> <p>Objetivo</p> <p>Aprender la diferencia y similitud del trabajo de atención y cuidado de ambas disciplinas y poder elegir lo mejor en cada momento</p> <p>-Comenzamos recordando la relación y la diferencia entre las disciplinas de Pilates y Psicología Positiva. A continuación, les pedimos que digan que ejercicios de ambas prácticas les gustaría repetir y trabajar.</p> <p>*Se realizan los ejercicios prácticos elegidos, tanto de Pilates como de Psicología Positiva.</p> <p>*Se da un tiempo de descanso para que la persona integre ejercicios e intercambie opiniones con el resto de las participantes.</p> <p>Segunda Parte</p> <p>*Las participantes en grupos de seis personas explican los beneficios de dos de los ejercicios practicados y exponen el por qué los han elegido.</p> <p>Finalmente se abre un turno de palabra para intercambiar experiencia, dudas o sugerencias y beneficios que les haya reportado la práctica de este día.</p>	Instructora de Pilates y psicóloga
Día 10. Técnicas basadas en las Tecnologías de la Comunicación y la Información	<p>Primera Parte</p> <p>Objetivo</p> <p>Aprender la diferencia y similitud del trabajo de atención, cuidado e independencia en esta disciplina y poder elegir lo mejor en cada momento</p> <p>-Se comienza recordando los principales lugares de búsqueda de información en Internet, el acceso a correos electrónicos y principales redes sociales.</p> <p>*Se establece un tiempo para la práctica con los ordenadores y la interrelación de las participantes.</p> <p>*Se da un tiempo de descanso para que la persona integre ejercicios e intercambie opiniones con el resto de las participantes.</p> <p>Segunda Parte</p> <p>*Se comparte esta segunda parte de la sesión con niños y niñas de segundo de E.S.O con los que compartirán todos los medios utilizados en esta sesión. Compartiendo la experiencia de cada persona con las nuevas tecnologías de la información y redes sociales.</p> <p>-Finalmente se abre un turno de palabra para intercambiar experiencia o dudas.</p>	Profesor de Informática y Redes Sociales
Día 11. Prácticas de todas las disciplinas impartidas en la intervención	<p>Primera Parte</p> <p>Objetivo</p> <p>Compartir nuestras experiencias con el grupo como herramienta de empoderamiento</p> <p>-Comenzamos recopilando información de todas las sesiones anteriores. Las participantes nos dicen que prácticas les ha costado más entender y como lo aplican a las tareas de cuidado de su vida cotidiana.</p> <p>*Las participantes nos muestran aquellos ejercicios que han incorporado ya a sus vidas, en grupos de seis personas, haciendo una práctica que contemplarán el resto de personas que integran la muestra.</p> <p>*Se abre un turno de palabra donde cuentan a todo el auditorio (por grupos) que beneficios tienen esos ejercicios que han elegido a la hora de cuidar.</p> <p>*Práctica de todos los ejercicios realizados en los diez días que se llevan de intervención con cada experto o experta en la materia.</p> <p>-Se da un tiempo de descanso para que la persona integre ejercicios e intercambie opiniones con el resto de las participantes.</p> <p>Segunda parte</p> <p>*Se invita a un grupo de mujeres cuidadoras informales que no han participado en la intervención para compartir información con las mujeres objeto de nuestra muestra y que participan en esta intervención. El objetivo es que las mujeres cuidadoras de nuestra muestra afiancen sus conocimientos, los integren y utilicen las herramientas de comunicación para transmitir la información que tienen a otras personas cuidadoras.</p> <p>-Finalmente se abre un turno de palabra para intercambiar experiencia o dudas.</p>	Todos los profesionales
Día 12. Conclusión y Evaluación de la Intervención	<p>Primera Parte</p> <p>Objetivo</p> <p>Compartir nuestras experiencias con el grupo como herramienta de empoderamiento</p> <p>-Comienzan las personas que han impartido contenido de la intervención en cada sesión intercambiando impresiones y conclusiones de las sesiones realizadas.</p> <p>*Se reparte material impreso de los beneficios de las prácticas realizadas con explicación de todos los ejercicios realizados por cada disciplina con sus beneficios correspondientes.</p> <p>*Las participantes entran en un coloquio con las personas responsables de cada</p>	Todos los profesionales

	<p>disciplina impartida a modo de conclusión final de la intervención y resolución de las últimas dudas.</p> <p>Segunda Parte</p> <p>*Realización de Evaluación de las sesiones contestando a las siguientes preguntas en grupo:</p> <p>¿De todas las sesiones cual le ha gustado más y por qué?</p> <p>¿Cómo se siente tras la intervención?</p> <p>¿Qué ha incorporado a su vida de todo lo que ha aprendido en estas sesiones?</p> <p>¿Considera que hay materias que no se han tratado y que le hubiera gustado tratar?</p> <p>¿Qué es lo que más le ha gustado y qué le ha gustado menos y por qué?</p> <p>¿Qué ha aprendido de todas las sesiones?</p> <p>-Despedida de todas las personas participantes en la intervención y reparto de material impreso de cada disciplina impartida para cada participante.</p>	
--	---	--

Se utilizó una metodología mixta basada en análisis cuantitativo y cualitativo de los datos, compuesta por cuestionarios en un tiempo pre- y post- de la intervención que fueron: cuestionario GHQ para salud, cuestionario SWLS para satisfacción vital, cuestionario de Zarit para sobrecarga y cuestionario de Connor-Davidson para resiliencia. También utilizamos metodología cualitativa empleando entrevistas semiestructuradas con cada una de las participantes de forma individual antes y después de la intervención. Los discursos recogidos en las entrevistas se analizaron según el Modelo de Mapa de Resiliencia (Gil, 2010). Las unidades de significación se agruparon en Resiliencia y No Resiliencia. Se extrajeron con el programa SysExporter v 1.2 de Window (de acceso libre desarrollado por Nirsoft). Dos especialistas en la temática validaron las partes del discurso como información relevante por la presencia o ausencia de resiliencia en las mujeres cuidadoras entrevistadas. Los datos obtenidos nos permiten comprobar si la persona tiene resiliencia o no resiliencia y su relación con el contexto y con la influencia de género en las tareas de cuidado.

Resultados

Los resultados se dividen en dos, por un lado, se analizan los datos cuantitativos y por otro lado, los datos cualitativos.

1. Análisis cuantitativo de resultados

El análisis cuantitativo de los datos de la presente investigación se divide en: análisis descriptivo de los datos, análisis de retardos cruzados y por último un análisis de clúster o conglomerados.

2. Análisis descriptivo de los datos

La salud de las mujeres cuidadoras en el tiempo 1 fue de 2,14 (SD=,51) y de 2,08 (SD=,55) en el tiempo 2. En un análisis comparativo entre tiempo 1 y tiempo 2 se observa como la salud empeora ligeramente en el T2 (en T1 M=2.14, SD=.51 y en T2 M=2.08, SD=.55), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa, $F(1,110)=1.252$, $p=.265$

Tabla 9. Análisis descriptivo de salud, resiliencia, sobrecarga y satisfacción en tiempo 1 y tiempo 2

	Pretest (T1)		Posttest (T2)		P
	M	SD	M	SD	
Salud	2,1471	,51427	2,0839	,55165	.265
Sobrecarga	2,3164	,65999	2,2975	,64521	.558
Resiliencia	3,6947	,61377	3,7072	,60877	.732
Satisfacción vital	3,6252	1,14673	3,6955	1,07698	.176

La sobrecarga de las mujeres cuidadoras en el tiempo 1 fue de 2,31 (SD=,65) y de 2,29 (SD=,64) en el tiempo 2. En un análisis comparativo entre ambos tiempos se observa como la sobrecarga empeora ligeramente en el T2, diferencia no estadísticamente significativa, $F(1,110)=.345$, $p=.558$.

La resiliencia de las mujeres cuidadoras en el tiempo 1 fue de 3.69 (SD=,61) y de 3,70 (SD=,60) en el tiempo 2. Si comparamos los datos en tiempo 1 y tiempo 2 se observa como la resiliencia aumenta ligeramente en el T2, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa, $F(1,110)=.118$, $p=.732$.

La satisfacción vital de las mujeres cuidadoras en el tiempo 1 fue de 3.62 (SD=1,14) y de 3,69 (SD=1,07) en el tiempo 2. Si se compara el tiempo 1 con el tiempo 2 los datos nos indican que la salud aumenta ligeramente en el T2 (en T1 M=2.12, SD=.50 y en T2 M=2.08, SD=.54), a pesar de ser una diferencia no estadísticamente significativa, $F(1,110)=1.852$, $p=.176$

Los datos nos indican que en tiempo 2 aumentan ligeramente la resiliencia y la satisfacción vital y disminuyen la salud y la sobrecarga del cuidador. A la vista de los datos parece que la sobrecarga de las mujeres cuidadoras y la salud no se ven influenciadas por el programa de intervención, como si lo hacen la resiliencia y la satisfacción vital de las cuidadoras.

3. Análisis de retardos cruzados

La resiliencia contribuye al bienestar las de las personas mayores y cumple una importante función porque dota a las cuidadoras de recursos resilientes que las empoderen para desempeñar sus tareas de cuidado con éxito, por lo que es de esperar que contribuyan a su satisfacción vital. A su vez, la sobrecarga de las cuidadoras parece ser uno de los principales factores de riesgo para la salud y de las mujeres cuidadoras. Para poder conocer si existe correlación entre la satisfacción vital, la resiliencia, la salud y la sobrecarga de las mujeres cuidadoras y comprobar el sentido de la relación nos centramos en un análisis de retardos cruzados. En este diseño disponemos de dos variables relacionadas entre sí, x e y, que han sido medidas en dos momentos diferentes (T1 y T2). El aspecto fundamental de esta técnica consiste en la comparación de las correlaciones de la variable x1 e y2, con la correlación entre y1 y x2. La inferencia de causalidad entre x e y se basa en el signo + o - que toma la diferencia de correlaciones de retardos cruzados. Es decir, el signo de la diferencia entre $r_{x1, y2}$ y $r_{y1, x2}$. Si la diferencia es positiva, se posee un indicio razonable de que x está afectando a y.

En la tabla 10 podemos observar las correlaciones correspondientes a las variables satisfacción vital y resiliencia en tiempo 1 y tiempo 2. Resulta evidente que existe una correlación significativa entre satisfacción vital en tiempo 1 y resiliencia en tiempo 2 (.248**) y entre resiliencia en tiempo 2 y satisfacción vital en tiempo 1 (.290**). Podemos, por lo tanto, podemos concluir que, aunque la satisfacción vital influye en la resiliencia es la resiliencia la que está ejerciendo una influencia mayor sobre la satisfacción vital.

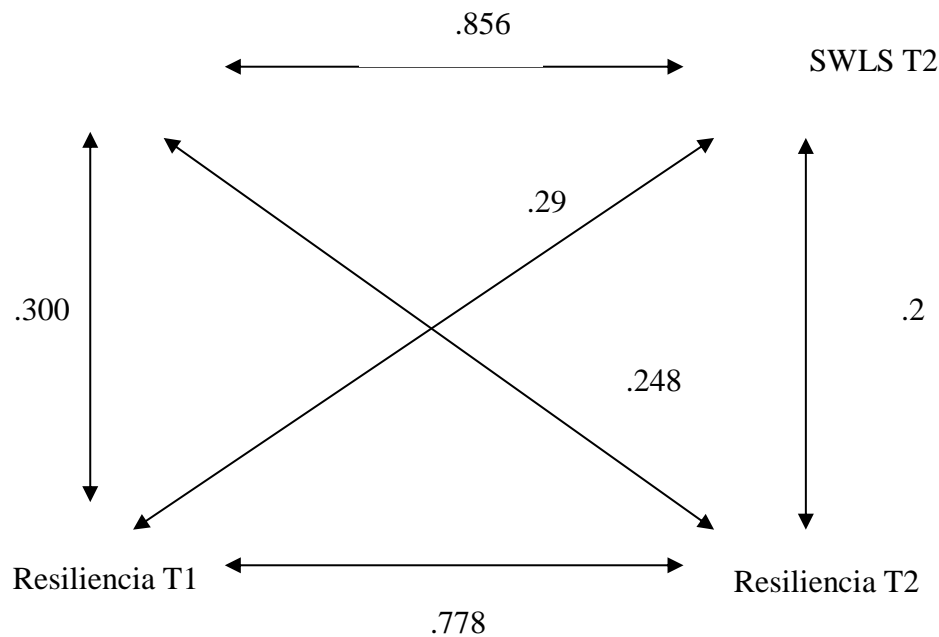
Tabla 10. Análisis de correlaciones entre satisfacción vital, salud, sobrecarga y resiliencia

		GHQ T1	GHQ T2	Zarit T1	ZaritT2	SWLS T1	SWLS T2	Resi T1	Resi T2
Rho de Spearman	GHQT1	1,000							
	GHQT2	,670**	1,000						
	ZaritT1	,423**	,323**	1,000					
	ZaritT2	,384**	,366**	,853**	1,000				
	SWLST1	-,377**	-,268**	-,332**	-,294**	1,000			
	SWLST2	-,346**	-,416**	-,269**	-,218*	,856**	1,000		
	ResiT1	-,406**	-,292**	-,236*	-,185	,300**	,290**	1,000	,778**
	ResiT2	-,290**	-,263**	-,211*	-,174	,248*	,231*	,778**	1,000

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).
 * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

En este sentido, se observa una correlación entre resiliencia y satisfacción vital, en la que podemos esperar que aquellos sujetos con una elevada resiliencia muestren una mejor satisfacción vital.

Figura 5. Retardos cruzados entre satisfacción vital y resiliencia



4. Análisis de clúster o conglomerados

Los análisis previos nos indican los cambios en las variables objeto de estudio como consecuencia del paso por el programa de intervención. No obstante, un enfoque más centrado en el individuo resulta un complemento interesante para los análisis realizados hasta el momento. Así, decidimos realizar un análisis de clúster o conglomerados para tiempo 1 y tiempo 2 y agrupar a los sujetos en distintas tipologías. A continuación, cruzando las dos tipologías obtenidas como si se tratase de dos variables categóricas obtendremos información sobre cuáles son las tipologías más estables, y cuál es la evolución más probable cuando se producen cambios.

El análisis estadístico utilizado ha sido el quick clúster, procedimiento que asocia a aquellos sujetos cuyas respuestas son similares en cada una de las escalas. En el análisis, se han estudiado por un lado los clúster de mujeres cuidadoras en tiempo 1 y por otro, las cuidadoras del tiempo 2. En ambos casos hemos optado por una clasificación en dos grupos de mujeres a través de la cual se observan dos perfiles diferentes de mujeres el pretest y en el posttest. Así en el pretest (T1) se obtuvieron dos tipologías de mujeres cuidadoras que corresponden a aquellas con “indicadores de protección” (clúster 1) y a quienes tienen “indicadores de riesgo” (clúster 2).

Tabla 11. Centros de clústeres finales

Centros de clústeres finales		
	Clúster	
	1	2
meanGHQT1	1,91	2,32
meanSWLST1	4,55	2,75
meanZaritT1	1,97	2,56
meanResiT1	3,87	3,57

En el siguiente cuadro (véase tabla 12) podemos observar como el 100% de las mujeres cuidadoras se incluyen en el análisis de las dos tipologías de mujeres cuidadoras, situándose un total de 52 en los indicadores de protección y un 59 de ellas en los indicadores de riesgo.

Tabla 12. Número de casos en cada clúster

Número de casos en cada clúster		
Clúster	Indicador de protección	52,000
	Indicador de riesgo	59,000
Válido		111,000
Perdidos		,000

En la tabla 13 se muestra el análisis de la varianza proporcionada por el procedimiento quick-clúster las medias observadas en cada pregunta entre los tipos de alumnos/as (1 y 2) son comparadas, finalmente aparece el estadístico F y la significatividad de las diferencias observadas.

Tabla 13. ANOVA

ANOVA						
	Clúster		Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
meanGHQ	5,069	1	,216	119	23,498	,000
meanSWLS	97,682	1	,543	119	179,990	,000
meanZarit	10,669	1	,376	119	28,367	,000
meanResi	2,825	1	,350	119	8,063	,005

Las pruebas F sólo se deben utilizar con fines descriptivos porque los clústeres se han elegido para maximizar las diferencias entre los casos de distintos clústeres. Los niveles de significación observados no están corregidos para esto y, por lo tanto, no se pueden interpretar como pruebas de la hipótesis de que las medias de clúster son iguales.

Este análisis ha revelado dos tipos de alumnos: los que presentan indicadores de protección (clúster 1) y los que presentan indicadores de riesgo (clúster 2), entendidos dichos indicadores en términos relativos, ya que se utiliza con respecto a las mujeres cuidadoras del grupo. En este sentido, las mujeres cuidadoras con indicadores de protección tienen mayor satisfacción vital y resiliencia que las mujeres que presentan indicadores de riesgo, que tienen peor salud y más sobrecarga.

Estas mismas tipologías de mujeres se mantienen en el tiempo 2, como se puede observar en las tablas 14 a 16.

Tabla 14. Centros de clústeres finales

Centros de clústeres finales		
	Clúster	
	1	2
meanGHQT2	1,84	2,34
meanSWLST2	4,54	2,83
meanZaritT2	2,14	2,45
meanresiT2	3,86	3,55

La tabla 15 nos muestra como en este segundo tiempo encontramos 10 valores perdidos lo que nos indica que el 90.9% se incluyeron en el análisis donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas como se observa en la tabla 14.

Tabla 15. Número de casos en cada clúster

Número de casos en cada clúster		
Clúster	1	50,000
	2	53,000
Válido		111,000
Perdidos		10,000

Tabla 16. ANOVA

ANOVA						
	Clúster		Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
meanGHQT2	6,984	1	,243	109	28,736	,000
meanSWLST2	81,150	1	,426	109	190,474	,000
meanZaritT2	2,670	1	,396	109	6,748	,011
meanresiT2	2,792	1	,348	109	8,015	,006

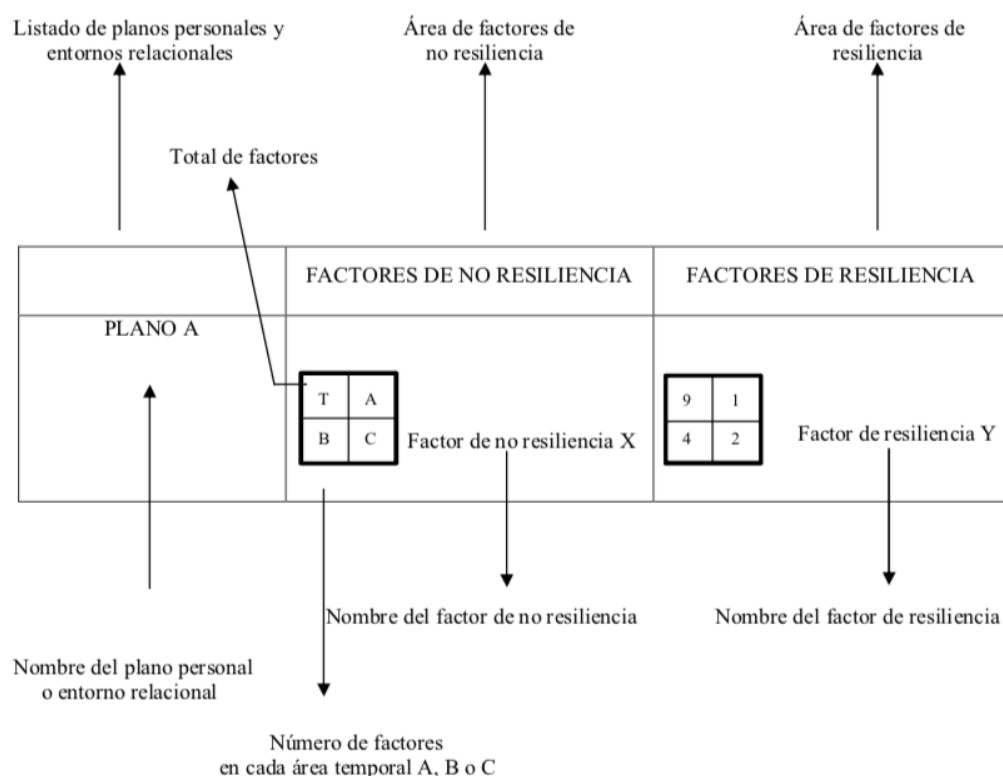
Las pruebas F sólo se deben utilizar con fines descriptivos porque los clústeres se han elegido para maximizar las diferencias entre los casos de distintos clústeres. Los niveles de significación observados no están corregidos para esto y, por lo tanto, no se pueden interpretar como pruebas de la hipótesis de que las medias de clúster son iguales.

Parece evidente que en el grupo de cuidadoras informales objeto de estudio hay dos tipologías claras de mujeres que se mantienen a lo largo del tiempo, por un lado, están las mujeres que presentan indicadores de protección y quienes presentan indicadores de riesgo. Así quienes tienen mejor satisfacción vital y mayor resiliencia presentan indicadores de protección frente al envejecimiento y las tareas de cuidado y quienes tienen peor salud y más sobrecarga tiene más riesgo de deterioro en el desempeño de las tareas de cuidado.

5. Estudio cualitativo

Los resultados de las entrevistas realizadas han sido obtenidos con la aplicación del modelo denominado Modelo base del Mapa de resiliencia (Gil, 2010) véase en figura 2. A través de la narrativa en el discurso de las mujeres entrevistadas se han obtenido datos que agrupamos en factores de resiliencia y no resiliencia, tal como indica el modelo, que nos permitirán comprobar si la persona desarrolla conductas, afrontamientos y habilidades donde esté presente la resiliencia o no. Los cuestionarios cuantitativos utilizados se encuentran en Anexo 1.

Figura 6. Modelo base del Mapa de resiliencia



A continuación, se muestran algunas estrofas de los discursos obtenidos con las entrevistas donde podemos observar conductas, actitudes o factores no resilientes o resilientes, antes y después de la intervención. Hemos realizado las entrevistas antes y después de la intervención para observar los discursos de las participantes y detectar si las participantes partían antes de la intervención de conductas, actitudes o factores resilientes o no, para ver el grado de influencia de la intervención que vamos a realizar. A continuación mostramos estrofas representativas de sus discursos:

Antes de la intervención

Manuela (65 años)

“El cuidado de mi padre me tiene totalmente bloqueada, a veces no se ni pensar ni hablar ni comunicarme, tengo siempre la cabeza embotada”.

Almudena (61 años)

“Me siento muy estresada porque no tiempo para hacer las cosas de mi casa, ni ocuparme de mis hijos, mi padre absorbe todo mi tiempo, no tengo tiempo más que de ir a su casa y ocuparme de él”.

María José (60 años)

“Hace años que no salgo con mis amistades y apenas hablo con ellas ni siquiera por el teléfono, cada vez me aísla más y tengo menos ganas de arreglarme, todo el día gira entorno a las ocupaciones en la casa de mi madre”.

Esperanza (55 años)

“Mi madre y mi padre necesitan de mucha ayuda pues uno tiene alzhéimer y la otra está en una silla de ruedas, tengo la espalda destrozada de tanto cargar y descargar ayudándoles para su movilización. Tengo tantos dolores que ya no pienso en otra cosa, más en que me duele”.

Inmaculada (50 años)

“Tengo verdaderos problemas para combinar mi trabajo fuera de casa y el cuidado de mis padres, mis hermanos colaboran algo, pero no es suficiente, a veces tengo tantas cosas en la cabeza que me da miedo coger el coche porque lo menos en que pienso es en la conducción, me cuesta mucho centrarme en algo concreto”.

M^a Dolores (48 años)

“Las decisiones se las dejo a mis hermanos porque yo siempre estoy en duda de si lo que decido es lo bueno o no, y me aturdo mucho, prefiero que sean ellos que lo piensan todo mejor”.

En las estrofas que hemos seleccionado de los discursos de seis participantes de nuestra investigación, se reflejan estados de ánimo con matices pesimistas, una baja de autoestima, escasa autodeterminación, un inadecuado afrontamiento de las tareas de cuidado, una ausencia de conciencia de necesidad de autocuidado por parte de la cuidadora informal, actuación dependiente de otras personas de la familia para la toma de decisiones por considerarse poco cualificada para ello, una visión pesimista y no resolutiva de las tareas de cuidado y una ausencia de control emocional. Hemos comprobado a través de los discursos que no existe ninguna participante con conductas, actitudes o factores resilientes previos a la intervención.

Después de la intervención

Manuela (65 años)

“Tengo que encontrar tiempo para mí, intento vivir el momento y al menos sacar una hora cada día para ocuparla en mí, haciendo lo que sea, pero para mí”.

Almudena (61 años)

“Me levanto un poco más temprano y no me importa porque dedico una hora a hacer ejercicios que benefician a mi cuerpo y después me siento estupendamente. Las cosas de la casa y su limpieza las estoy pasando a un segundo lugar y cada día llego donde puedo.”

Mª José (60 años)

“Vamos a pagar entre todos los hermanos a una persona que se quede con mi madre los sábados por la tarde, de esa forma tendré una tarde libre a la semana y la dedicaré a salir con mi marido donde nos apetezca, con las amistades, al cine a pasear etc, así al menos una vez a la semana me ocuparé de mí, lo necesito”.

Esperanza (55 años)

“Mi hermano el mayor va a quedarse con mis padres dos horas los lunes, miércoles y viernes para que yo pueda ir a clases de yoga, me va a venir muy bien, pues así tendré menos dolores y me relajaré con los ejercicios de meditación y respiración”.

Inmaculada (50 años)

“Voy a hacer un curso de Mindfulness porque no me concentro nada, ni en mi trabajo ni en el cuidado de mis padres así que un fin de semana al mes, mis hermanos se van a ocupar de mis padres y yo iré al curso, creo que me va a venir muy bien para centrarme y para estar viviendo conscientemente el momento presente”.

Mª Dolores (48 años)

“He pedido cita con una psicóloga para trabajar mis problemas de autoestima, creo que debo creer más en mí y eso me ayudará a no necesitar tanto a mis hermanos. He decidido que cada vez que surja un problema con las tareas de cuidados primero intentaré solucionarlo yo y si no lo consigo entonces pediré ayuda”.

En los discursos de las entrevistas que se han realizado posteriores a la intervención podemos observar un cambio positivo en cuanto a la necesidad de encontrar fórmulas de autocuidado por parte de las mujeres cuidadoras informales, sus discursos reflejan un aumento de su autoestima y una concienciación con respecto a su salud tanto física, psíquica, emocional y social. Existe una concienciación de la necesidad de relacionarse con otras personas del entorno como forma de salud y de mejora en el afrontamiento de sus tareas de cuidado. alguna de estas mujeres cuidadoras toma conciencia a través de la intervención de la necesidad de elevar su autoestima y empoderarse para poder llevar a cabo las tareas de

cuidado de una forma más saludable para ella y para la persona dependiente que cuida. Afrontan sus problemas de cuidado de una forma más resolutive e independiente y sienten que son ellas las que deben buscar soluciones a los problemas derivados de las tareas de cuidado. Todo esto nos indica un cambio positivo entre el antes y después de la intervención. Las participantes se empoderan y comienzan a tomar conciencia de cómo estaban, de que necesitan para tener mejor salud y de cómo quieren estar. Refieren en sus discursos una mayor conciencia de sus necesidades y se reflejan en ellos, conductas, actitudes y factores resilientes.

Discusión

A través de los resultados obtenidos al final de nuestra intervención, en este estudio, hemos comprobado que se han cumplido nuestros objetivos de investigación, ya que hemos podido comprobar la relación entre sobrecarga, salud, resiliencia y satisfacción vital. La relación hallada a través de los resultados obtenidos a través de los datos cuantitativos son poco significativos en cuanto a las variables de deterioro y sobrecarga pero existe una variación entre los datos obtenidos en las variables de satisfacción vital y resiliencia que reflejan un aumento de ambas variables al finalizar la intervención. La satisfacción vital y la resiliencia son los elementos que promueven un empoderamiento en las mujeres cuidadoras informales para afrontar las tareas de cuidado de la persona dependiente a su cargo. Esto no asegura la posesión de resiliencia por parte de las mujeres cuidadoras informales pero si generará conductas y actitudes resilientes que les procurará una vida más saludable. La mayor parte de las mujeres cuidadoras informales en nuestra muestra son cuidadoras informales de personas mayores con enfermedades que hacen a la persona dependiente, como la demencia senil, el alzheimer, las enfermedades crónicas que restan movilidad articular, etc. Estas mujeres tienen que desarrollar una atención constante en las tareas de cuidado lo que significa un aumento en la sobrecarga y una situación estrés prolongado en el tiempo. El estrés y la sobrecarga las lleva, como hemos observado en nuestra investigación, a la pérdida de salud, ya sea a nivel físico, psíquico, social o emocional. Las mujeres de nuestra investigación parten en su mayoría, al inicio de la intervención, de una visión negativa de la vida, de las tareas de cuidado, de su autoestima, sin ningún rasgo de empoderamiento y con poco apoyo familiar para compartir las tareas de cuidado. A través de la intervención realizada con distintas técnicas que abordan a las personas desde una perspectiva integral se favorece el

empoderamiento de las mujeres cuidadoras informales. La elección de técnicas de trabajo integral se ha debido a la finalidad que persiguen todas estas técnicas que no es otra que un trabajo con la totalidad de la persona, es decir, con su parte física, psíquica, social y emocional, ya que esta forma de promueve la satisfacción vital y las empodera, promoviendo vías de trabajo personal para la obtención de resiliencia en sus vidas. Investigadores como Stansfeld, Stoner, Wenborn, Vernooji-Dassen, Moniz-Cook, & Orrell (2017) o Wah & Shahabuddin (2015) refieren en sus investigaciones que la posesión de resiliencia favorece el pensamiento positivo, hace que la persona sea más resolutive con los problemas que se le pueden plantear en la vida cotidiana con las tareas de cuidado o las derivadas de ellas. Así hemos comprobado que sus actitudes, afrontamientos y toma de decisiones son más positivas, que desarrollan un mayor grado de autocuidado y del control emocional, que muestran conductas resolutive de sus problemas de una forma más autónoma, que generan estrategias que les permiten llevar a cabo de una forma más saludable las tareas de cuidado. Los resultados obtenidos con la utilización de técnicas de trabajo integral como los que hemos puesto en marcha en este estudio, nos muestran como las mujeres cuidadoras informales con resiliencia se expresan en términos positivos a la hora de hablar de afrontamiento y toma de decisiones y no lo harán desde la emoción si no desde la eficacia. La existencia de una interrelación con el entorno y de apoyo social resulta imprescindible para el desarrollo de la resiliencia, la cual a su vez, mitiga los efectos negativos de las tareas de cuidado. El apoyo social genera la aparición de emociones positivas y conductas derivadas de ellas, lo cual ayuda a disminuir la percepción de carga en cuanto a las demandas que genera el cuidado. Debido al trabajo global que hemos realizado en esta intervención se promueve que las mujeres cuidadoras informales afronten con mayor éxito las tareas de cuidado, aminorando el efecto de los estresores y el deterioro de su salud. Hemos de decir que a través de la revisión de la literatura científica que hemos realizado en esta investigación, no se han hallado investigaciones que estudien las técnicas de trabajo integral que proponemos en este estudio, ni sobre cuáles son los motivos por los que las mujeres cuidadoras informales llegan a poseer resiliencia.

**UNA VISIÓN INTEGRADORA DE LAS DEMANDAS
DEL CUIDADO Y REFLEXIONES/APORTACIONES
PARA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

1. Conclusión

Nuestra investigación partía del interés de comprobar que tipo de percepciones tenían las mujeres cuidadoras informales sobre, bienestar, salud, satisfacción vital y resiliencia. A través de la intervención realizada en el Estudio 1, pudimos observar las percepciones que tenían de las tareas de cuidado estas mujeres cuidadoras informales. A través de los datos obtenidos se observa como las tareas de cuidado generan sobrecarga y deterioro en su salud. A pesar del deterioro y de la sobrecarga algunas de las mujeres cuidadoras informales refiere sentir un gran bienestar y satisfacción vital a través de los cuidados ya que el llevar a cabo su responsabilidad de cuidar y ver a la persona dependiente a su cargo bien cuidada, aunque fuese a costa de su propia salud, les proporciona una recompensa emocional. Entonces nos planteamos la siguiente pregunta: ¿por qué algunas mujeres cuidadoras informales sienten esa satisfacción vital y otras no? Revisando la literatura científica sobre las tareas de cuidado y las mujeres cuidadoras informales encontramos el concepto de Resiliencia que aclara el porqué de estas diferencias. Las mujeres realizan más trabajos de cuidado que los hombres, les dan mayor importancia y se interesan más por la salud, siendo su visión de esta más integral. Enfrentan y superan situaciones adversas en su vida, situaciones tales como la violencia de género, el abuso sexual, las pérdidas de familiares directos y su duelo dentro del ámbito privado, las situaciones relacionadas con la crianza, etc. Llegando a este punto nos preguntamos ¿qué factores influyen en las mujeres para que ocurra esto?

En la literatura científica encontramos la definición de persona resiliente, que supone la capacidad de la persona para adaptarse a las circunstancias de riesgo o adversidad con implicaciones emocionales de la persona. Esto está relacionado con un factor de la personalidad que contiene compromiso, desafío y control. La principal diferencia con la resiliencia es que esta engloba algo más que factores de personalidad. La persona resiliente o personalidad resiliente se compone de actitudes y conductas, mejora la posesión de resiliencia de las personas ante situaciones adversas o estresantes siendo una vía más para el desarrollo global de la resiliencia. Las personas que desarrollan mayores actitudes, conductas o factores resilientes tendrán mayor probabilidad de ser resilientes, pero esto puede no suceder siempre. A través de la realización del Estudio 2 con mujeres cuidadoras como participantes realizamos una investigación que se basa en el análisis de sus discursos para comprobar si estas mujeres poseían factores resilientes, actitudes o conductas y cuáles no. Las mujeres

cuidadoras informales resilientes o con posesión de resiliencia referían una mejor salud, una menor percepción de carga, una mayor satisfacción vital y una visión más optimista de la vida que las mujeres cuidadoras informales que no poseían resiliencia o no desarrollaban estas actitudes y conductas. En ese punto de la investigación nos preguntamos ¿qué hace que estas mujeres cuidadoras informales posean resiliencia y como se llega a la resiliencia o a las actitudes y conductas resilientes? Para la posesión de resiliencia es necesario que la mujer cuidadora informal controle su situación con una adecuada toma de conciencia y superación de la experiencia. Es necesario que reconozca las limitaciones propias y de la situación que la envuelve, el autocontrol y el sentido del buen humor en sus acciones cotidianas. Ha de liberar sus culpas y reconocer los cambios necesarios en el rol social que le ha sido impuesto culturalmente en relación a la responsabilidad en los cuidados. Favorecer la comunicación con el resto de la familia para demandar ayuda cuando lo necesite y buscar su propia autodeterminación. Es necesario que las mujeres cuidadoras promuevan estrategias que generen una forma positiva de ver la vida y priorizar sus propios proyectos de vida. Para todo esto la mujer cuidadora informal tiene que reforzar su autoestima, su autodeterminación, el control de su vida personal, afrontar sus miedos y generar soluciones para superarlos y caminar hacia una meta que de sentido a su vida como forma de crecimiento personal.

En este momento de la investigación surge el Estudio 3, en el cual seleccionamos una serie de técnicas determinadas que provienen de distintas disciplinas y que abordan a la persona de una forma integral, trabajando elementos que fortalecen la autoestima de la persona, centran su atención en el presente, mejoran su salud física, psíquica, emocional y social y fomentan su relación con el entorno. Estas técnicas a través de las estrategias de trabajo individual que plantean, conducen hacia una promoción de empoderamiento que fortalece a la persona en cuanto a la visión que tiene hacia ella misma y ante la realidad que la rodea, favoreciendo un tipo de comportamientos, afrontamientos, actitudes y toma de decisiones que mejoran el abordaje de las tareas de cuidado y por lo tanto de su salud. Este empoderamiento facilita la aparición de factores, conductas y actitudes resilientes que generan satisfacción vital y una mejor salud.

La resiliencia es una condición básica para la comprensión de las tareas de cuidado, que da protagonismo y papel activo a las mujeres cuidadoras informales, como camino hacia la resolución de problemas que se puedan derivar de dichas tareas y que afectan a su

satisfacción vital y a su salud. Promover la resiliencia en las mujeres cuidadoras informales, es promover sus salud y generar estrategias para afrontar con éxito las tareas de cuidado.

La resiliencia propone trabajar no sólo sobre los factores de riesgo para algunos autores o como lo denominan otros, factores de no resiliencia, sino con las fortalezas de la persona y con la interrelación con su entorno. Del trabajo con la no resiliencia como propone la Tercera Generación de Resiliencia, puede promoverse la resiliencia. La diferencia entre las personas con resiliencia y con no resiliencia parece no encontrarse en los factores objetivos del entorno, ni en la cantidad de estresores a los que estén sometidas. Hemos observado a través de nuestra investigación a mujeres cuidadoras informales con un contexto muy parecido y unas situaciones estresoras prácticamente iguales y sus reacciones fueron totalmente distintas. No existe literatura científica que investigue sobre las personas cuidadoras con resiliencia y sobre las causas que les hacen afrontar los cuidados de una forma diferente a otras mujeres. Hemos observado que no todas las mujeres cuidadoras informales de nuestra investigación responden igual ante situaciones estresoras o de riesgo. Las mujeres cuidadoras que afrontan exitosamente las tareas de cuidado tienen menor riesgo en cuanto a deterioro en su salud, ya que no se generará en ellas estrés por la responsabilidad que asumen. Valoran en mayor medida la ayuda y el apoyo social que puedan recibir, su afrontamiento de las tareas de cuidado es más estable, centrado en el presente y no en situaciones pasadas y conservarán mucho mejor sus relaciones sociales y vecinales. En sus discursos refieren un crecimiento personal a través de la realización de las tareas de cuidado, con una visión positiva de ellas, así como unos niveles de afrontamiento y toma de decisiones altos, todo esto relacionado con una continua interrelación con personas, grupos e instituciones de su entorno social.

Puede estar aquí la clave que diferencie a las mujeres cuidadoras informales con factores resilientes y a las que no. Son precisamente los factores subjetivos (la visión positiva de la vida, la manera de desenvolverse en situaciones estresoras, la estabilidad emocional, etc.) y su forma de valorar las situaciones estresoras del cuidado lo que será un determinante importante a la hora de la adaptación de estas mujeres a las circunstancias que puedan acaecer durante las tareas de cuidado. No obstante no podemos negar que la mayoría de las mujeres cuidadoras informales muestran un deterioro de salud, física, psicológica, emocional o social, unas en mayor medida que otras, como consecuencia de las responsabilidades y demandas de las tareas de cuidado que desarrollan. Las responsabilidades como mujer cuidadora informal principal tienen un efecto sobre la salud, se posea resiliencia o no, lo que

variará será el manejo de habilidades y competencias para la realización de las tareas de cuidado pues debido a las actitudes y conductas resilientes o a la posesión de resiliencia, se refuerzan los atributos personales (autoestima, autoconcepto, afrontamiento, independencia en la toma de decisiones, etc.) y se disminuye la vulnerabilidad ante los estresores derivados del cuidado. Llegando a este punto nos preguntamos ¿qué es necesario para que las mujeres cuidadoras informales posean resiliencia? Las intervenciones que se pueden diseñar con el objetivo de promover la resiliencia deben tener en cuenta que la resiliencia tiene asociada una exposición de la persona al riesgo, una afrontación y superación de la situación adversa. Por lo tanto toda intervención debe tener como finalidad el fomento de la satisfacción vital de la persona a través de la adquisición de significados de su propia experiencia. La intervención debe tener como objetivo principal potenciar el crecimiento de la persona en cualquiera de sus dimensiones y para ello debe tener en cuenta los procesos vitales de cada persona, en nuestro caso se debe prestar atención a la influencia de los estereotipos de género que difunde la cultura con los cuales hay que trabajar hasta llegar a un proceso de transformación. Como hemos dicho a lo largo de nuestra investigación tener conductas y actitudes resilientes no asegura la obtención de resiliencia en las mujeres cuidadoras informales, pero sí las acerca un poco más a conseguirla. Es por ello, que las intervenciones con técnicas integrales para abordar las tareas de cuidado por parte de las mujeres cuidadoras informales, deben estar compuestas por distintas disciplinas que contemplen a la persona de una forma global, como las que hemos realizado en esta investigación. Estas intervenciones es necesario que se pongan en marcha desde el campo de lo social (trabajo social, educación social, psicología, etc.) e implicar a las instituciones públicas responsables del cuidado de personas dependientes. La finalidad de estas intervenciones será realizar un acompañamiento y asesoramiento de las mujeres cuidadoras informales con la finalidad de promover satisfacción vital y prevenir el deterioro de su salud. La intervención con mujeres cuidadoras informales no solo mejorará la salud de las mujeres cuidadoras informales, sino que mejorará la calidad del cuidado y promoverá la transmisión a las nuevas generaciones de una nueva forma de abordar saludablemente las tareas de cuidado a nivel individual, familiar y social.

2. Limitaciones y Propuestas de investigación

Hemos detectado como limitaciones de este estudio que el número de sesiones de la intervención, que según estimamos debe ser mayor, al menos con dos o tres sesiones semanales para poder profundizar en las temáticas y para que la persona integre en su vida la información recibida, ya que tendrá que cambiar muchos hábitos y formas de actuación integrados culturalmente durante muchas generaciones en los procesos de cuidado. La duración de la intervención resulta escasa para poder obtener unos datos más significativos en la temática tratada. El tiempo de intervención con mujeres cuidadoras informales debe ser más prolongado ya que los cambios que se puedan producir tanto a nivel individual, familiar o social necesitan de un seguimiento mayor para poder obtener resultados que puedan generar cambios significativos. El tamaño de las muestras debería ser más amplio pues son poco representativas para la obtención de conclusiones generalizadas. Otra limitación es que no podemos establecer una comparativa intercultural entre mujeres cuidadoras informales de distintas culturas y ámbitos geográficos, lo cual hubiera enriquecido mucho a esta tesis doctoral. Otra limitación en la investigación fue la poca representatividad de mujeres cuidadoras informales insertas en el mercado laboral para establecer una comparativa con las que no lo están. A esto podemos añadir la escasez de investigaciones sobre mujeres cuidadoras informales que partan de diseños metodológicos longitudinales, ya que la mayoría de los estudios son de tipo transversal.

La intervención debe realizarse paralelamente también con la familia, ya que en las tareas de cuidado hay muchos actores implicados, que son a su vez corresponsables en la situación de deterioro de salud de las mujeres cuidadoras informales. Para generar cambios en los procesos de cuidado hay que generar nuevos conocimientos en todas las personas los integrantes del sistema familiar. Otro aspecto a tener en cuenta es la necesidad de hacer un seguimiento del desarrollo de la enfermedad de la persona dependiente durante el tiempo en que realizamos la intervención o programa, pues el avance en la enfermedad o deterioro de la persona dependiente agrava la situación de la mujer cuidadora informal y puede variar la eficacia de los programas realizados, sin encontrar a veces una explicación coherente de los datos que se obtienen en la intervención. Existe la necesidad de generar intervenciones o programas que favorezcan el empoderamiento en las mujeres cuidadoras informales para promover la resiliencia en ellas, no solo para la obtención de efectividad en sus responsabilidades de cuidado, sino como fuente de enriquecimiento para una vida más

saludable. Estas mujeres serán transmisoras a su vez de una forma distinta de abordaje de las tareas de cuidados a personas dependientes.

Esta nueva visión de los procesos de cuidados se transmitirá a las generaciones más jóvenes. Este hecho revertirá en un enriquecimiento de nuestra sociedad, pues como ya hemos podido observar en muchas investigaciones científicas sobre personas mayores, está abocada a un elevado aumento de esta población que en su momento serán personas objeto de cuidados. Hay mucho por investigar sobre mujeres cuidadoras informales, sobre todo de aquéllas mujeres que poseen resiliencia. Desde esta tesis doctoral proponemos la investigación científica sobre este tipo de población para observar sus comportamientos, sus actitudes, sus características y la vía por la que llegan a la posesión de resiliencia. De esta forma se pueden diseñar intervenciones como forma de acompañamiento en los procesos de cuidado de las mujeres cuidadoras informales para fomentar el tipo de afrontamiento y actuación ante las tareas de cuidado que llevan a cabo las mujeres cuidadoras informales que posean resiliencia.

Referencias

- Alexander, T., & Wilz, G. (2010). Family caregivers: Gender differences in adjustment to stroke survivors' mental changes. *Rehabilitation Psychology*, 55(2), 159–169. Doi: 10.1037/a0019253
- Allen, K. R., & Walker, A. J. (1992). Attentive love: A feminist perspective on the caregiving of adult daughters. *Family Relations*, 41, 284–289.
- Alzheimer's Association & National Alliance for Caregiving (NAC) (2004). *Caring for persons with Alzheimer's: National Survey*. Alzheimer's Association and National Alliance for Caregiving.
- Andersson, A., Levin, L.-A. & Emtinger, B.G. (2002). The economic burden of informal care. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(1), 46-54.
- Anthony & C. Koupernik (1974). Introduction: The syndrome of the psychologically vulnerable child *In The child in his family: Children at psychiatric risk*, Vol. 3, 3-10. New York: Wiley.
- Arts, W., & Gelissen, J. (2002). Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. *Journal of European social policy*, 12(2), 137-158.
- Badía Corbella, M. (2002). Estrés y afrontamiento en familias con hijos afectados de parálisis cerebral. Salamanca: INICO.
- Bazo, M.T. (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Papers*, 56, 143-161.
- Bazo, M.T. (2002). Intercambios familiares entre las generaciones: una perspectiva internacional comparada. *Revista Española de Sociología*, 2, 117-127.
- Bittman, M., Fast, J., Fisher, K. & Thomson, C. (2004). Making the invisible visible: the life and time(s) of informal caregivers. En Bittman, M. & Folbre, N. (Eds.), *Family Time: The Social Organisation of Care*. London y Nueva York: Routledge.
- Blieszner, R., Roberto, K. A., Wilcox, K. L., Barham, E. J., & Winston, B. L. (2007). Dimensions of ambiguous loss in couples coping with mild cognitive impairment. *Family Relations*, 56, 195-208.

- Bodalo-Lozano, E. (2010). Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. *Portularia*, 10 (1), 85-97.
- Bogdan R C. y Biklen, S.K. (1982). *Qualitative research for education*. Boston: Allyn and Bacon.
- Börsch-Supan, A., & Nisticò, S. (2007). European welfare state regimes and their generosity toward the elderly. *Government spending on the elderly*, 23-52. Palgrave Macmillan, London.
- Borsje, P., Hems, M., Lucassen, P., Bor, H., Pot, A., & Koopmans, R. (2015). Burden of informal caregivers and neuropsychiatric symptoms of people with dementia in primary care. *International Psychogeriatrics*, 27, S64-S64.
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes: Making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist*, 40, 706-717. Doi:10.1093/geront/40.6.706.
- Brouwer, W., Van Exel, N.J.A., Koopmanschap, M.A. & Rutten, F.F.H. (1999). The valuation of informal care in economic appraisal. A consideration of individual choice and societal costs of time. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 15(1), 147-160.
- Chappell, N., & Blandford, A. (1991): Informal and formal care: exploring the complementarity. *Ageing Soc.*, 11(3): 299-317.
- Chiweshe, M. K., & Gusha, M. (2012). Gendered dimensions of old age care in a time of crisis: Experiences of elderly women at Bako Redonhodzo Old People's Home in Harare, Zimbabwe. *Agenda*, 26(4), 122-130.
- Chiweshe, M. K., & Gusha, M. (2012). Gendered dimensions of old age care in a time of crisis: Experiences of elderly women at bako redonhodzo old people's home in harare, zimbabwe. *Agenda*, 26(4), 122-130-
- Coletto, M., & Camara, S. (2009). Estrategias de afrontamiento y percepción de la enfermedad en padres de niños con enfermedad crónica: contexto del cuidador. *Revista diversitas*, 5 (1), 97-110.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Ed. Pirámide.

- Crespo, M. y López, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el Envejecimiento: Perfiles y tendencias*. Núm. 35.
- Cuesta Benjumea, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Revista de investigación y educación en enfermería*, 27 (1), 96-102.
- Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos*. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa.
- Escudero-Carretero, M., García-Toyos, N., Ruiz-Román, P., Cia-Ramos, R., Fernández-López, A., & Sanz-Amores, R. (2010). Informal caregivers experience and their expectations about the andalusian plan for palliative care. *Medicina Paliativa*, 17(4), 201-209.
- Eurostat (2011). The greying of the baby boomers. A century-long view of ageing in European populations. *Statistics in focus*. Núm. 23.
- Fast, J., Keating, N., Otfinowski, P. & Derksen, L. (2004). Characteristic of family/friend Care Networks of Frail Seniors. *Canadian Journal on Aging*, 23(1), 5-19.
- Fast, J.E., Williamson, D.L. & Keating, N.C. (1999). The Hidden Costs of Informal Elder Care. *Journal of Family and Economic Issues*, 20(3), 301-326.
- Feldberg, C., Tartaglini, M. F., Clemente, M. A., Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre-Acevedo, D., & Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación en presenilina. *Revista chilena de neuropsicología*, 5 (2), 137-145.
- Feldberg, C., Tartaglini, M. F., Clemente, M. A., Petracca, G., Cáceres, F., & Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3(1), 11-16.
- Fernández-Lansac, V., & Crespo López, M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol. El cuidado informal cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión. *Clínica y Salud*, 22 (1), 21-40.
- Fernández-Lansac, V., Crespo, M., Cáceres, R., y Rodríguez-Poyo, M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47, 102-109. Doi: 10.1016/j.regg.2011.11.004

- Fernández-Lansac, V., López, M. C., Cáceres, R., & Rodríguez-Poyo, M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. *Revista española de geriatría y gerontología*, 47(3), 102-109.
- Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., & Alemán, C. (2010). A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 254-259.
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18 (2), 83-92.
- Gerson, R., Wong, C., Davidson, L., Malaspina, D., McGlashan, T., & Corcoran, C. (2011). Self-reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: an exploratory study. *Early intervention in psychiatry*, 5 (1), 76-80.
- Gil, G. E. (2010). La resiliencia: conceptos y modelos aplicables al entorno escolar, p.p 27-42.
- Gilligan, C. (1982). In a different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Glass, A., Kolomer, S. y Pope, N.D. (2012): How Women in Late Midlife Become Caregivers. *Journal of Women & Aging*, 24:242-26.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promotig resilience in children: strenghening the human spirit*. La Haya, Holanda: The Internacional Resilience Proyect., Bernard Van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1996). The International Resilience Project. Finding from the Research and the Effectiveness of Interventions. *Physocology and Education in the 21st Century: Proceedings of the 45th Annual Convention and International Council of Psycologist*. Edmonton: IC Press.
- Grotberg, E. H. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo y E. N. Suárez Ojeda (comp.). *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 19-30). Buenos Aires: Paidós.
- Hallberg D., Lagergren, M. (2009). Moving in and out of public old age care among the very old in Sweden. *European Journal of Ageing*, 6, 137-145.

IMSERSO (2004): Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre envejecimiento. *Perfiles y tendencias sobre envejecimiento*, nº 35.

IMSERSO (2005): *Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/libro-blanco-dependencia.html>.

INE (2014). Censo de población. Instituto Nacional de Estadística.

Izawa, S., Hasegawa, J., Enoki, H., Iguch, A., & Kuzuya, M. (2010). Depressive symptoms of informal caregivers are associated with those of community-dwelling dependent care recipients. *International Psychogeriatrics*, 22(8), 1310-1317.

Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to Resilience: The resilience framework in M. D. Glantz & J. Johnson. *Resilience and development: positive life adaptations* (pp.179-222). New York: Plenum.

Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J. M., Valderrama, M. J., Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 22 (5), 443 – 450.

Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J., & Wilk, P. (2010). New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2732-2742.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1(3), 141-169.

Lee, G.R. (1992). Gender differences in family caregiving. En J.W. Dwyer y R.T. Coward (eds.), *Gender, families, and elder care*, 120-131. Newbury Park, CA: SAGE.

López, Orueta Sánchez, Gómez-Caro, Sánchez Oropesa, Carmona de la Morena, & Alonso Moreno. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud. *Revista clínica de medicina familiar*, 2 (7), 332-334.

Mack, K., & Thompson, L (2004). *Caregivers of older persons: Adults children. Data profile*. Washington, DC: Center on an Aging Society. Retrieved August, 4, 2007, from

<http://ihcrp.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/caregiver2.html><http://ihcrp.georgetown.edu/agingsociety/pdfs/CAREGIVERS3.pdf>.

Maddi, S. R. (2008). The courage and strategies of hardiness as helpful in growing despite major, disruptive stresses. *American Psychologist*, 63(6), 563-564.

Masanet, E., & La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*, 85(3), 257-266.

Masanet, E., La Parra, D. Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras (2011). *Revista Española de Salud Pública*, 85(3), 257-266.

Matud Aznar, M. P. (2008). Género y salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 75-93.

Matud Aznar, M. P. (2008). Género y salud. *Suma Psicológica*, 15(1).

McGlashan, T., & Corcoran, C. (2011). Self-reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: an exploratory study. *Early intervention in psychiatry*, 5 (1), 76-80.

Molina Linde, J. M., Iañez Velasco, M. d., & Iañez Velasco, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y salud*, 15 (1), 33-43.

Moller, T., Buch Gudde, C., Folden, G. E., & Linaker, O. (2009). The experience of caring in relatives to patients with serious mental illness: gender differences, health and functioning. *scandinavian journal of caring sciencies*, 23, 153-160.

Montorio, I., Izal, M., López A. y Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14, 229-248.

Montoro Rodríguez, J. (1999). Las consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores. *Revista Internacional de Sociología*, 23, 7-29.

National Alliance for Caregiving (NAC) & American Association of Retired Persons (AARP) (1997). *Family Caregiving in the U.S. Findings from the National Survey*. Bethesda, MD: National Alliance for Caregiving.

- O'Rourke, N., Kupferschmidt, A. L., Claxton, A., Smith, J. Z., Chappell, N., y Beattie, B. L. (2010). Psychological resilience and depressive symptoms among spouses of persons with Alzheimer disease over time. *Aging and Mental Health*, 14, 984-993. Doi:10.1080/13607863.2010.501063.
- ONU (2002). Declaración política de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid: Organización de Naciones Unidas.
- Palomino, G. L., González Pedraza Avilés, A., & Blanco Loyola, L. A. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (4), 159-166.
- Papastavrou, E., Tsangari, H., Karayiannis, G., Papacostas, S., Efstathiou, G., & Sourtzi, P. (2011). Caring and coping: the dementia caregivers. *Aging and mental health*, 15 (6), 1-10.
- Peinado, A.I. y Garcés, E.J. (2004). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*, 12, 83-93.
- Petracca, G., Cáceres, F., & Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3 (1), 11-17.
- Pulido Martínez, A. (2010). El derecho a la ciudadanía del enfermo mental, un desafío al Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. *Cuaderno de Trabajo Social*, 23, 361-379.
- Roberto Karen A; Jarrott, Shannon, E (2008): *Family Relations*, 57, 1: ProQuest Social Science Journals pg. 100.
- Rogero García, J. (2010). Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: IMSERSO
- Rogero, J. (2010). Los tiempos del cuidado. *El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Colección Estudios Serie Dependencia, N° 12012.
- Rosenthal Gelman, C. (2014). Familismo and its impact on the family caregiving of Latinos with Alzheimer's disease: A complex narrative. *Research on Aging*, 36, 40–71. doi:10.1177/0164027512469213

- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Savage S and Bailey S (2004). The impact of caring on caregivers' mental health: A review of the literature. *Australian Health Review* 27, 111-117.
- Smerglia, V., Miller, N., Sotnak, D., & Geiss, C. (2007). Social support and adjustment to caring for elder. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, pp. 25 – 30 family members: A multi-study analysis. *Aging & Mental Health*, 11 (2), 205–217.
- Surtees, P. G., Wainwright, N. W. J. & Khaw, K. T. (2006). Resilience, misfortune, & mortality: Evidence that sense of coherence is a marker of social stress adaptive capacity. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 221–227.
- Surtees, P. G., Wainwright, N. W., & Khaw, K. T. (2006). Resilience, misfortune, and mortality: evidence that sense of coherence is a marker of social stress adaptive capacity. *Journal of psychosomatic research*, 61(2), 221-227.
- Úbeda Bonet, I., & Roca Roger, M. (2008). Los cuidados familiares. *Nursing*, 26 (9), 55-59.
- Van Andel, J., Westerhuis, W., Zijlmans, M., Fischer, K., & Leijten, F. (2011). Coping style and health related quality of life in caregivers of epilepsy patients. *Journal of neurology*, 258 (10), 1788-1794.
- Van den Born-van Zanten, Sascha A, Dongelmans, D. A., Dettling-Ihnenfeldt, D., Vink, R., & van der Schaaf, M. (2016). Caregiver strain and posttraumatic stress symptoms of informal caregivers of intensive care unit survivors. *Rehabilitation Psychology*, 61(2), 173-178.
- Vanistendael, S. (1994). La resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado. Suiza, BICE.
- Vanistendael, S., Lecomtel, J. (2002). *La felicidad es posible*. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia. Barcelona: Gedisa.
- Vaqui Rodríguez, S., & Stiepovich Bertoni, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 2, 9-16.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(6), 946.
- Walker, A. J., Pratt, C. C., & Oppy, N. C. (1992). Perceived reciprocity in family caregiving. *Family Relations*, 41, 82–85.

- Walker, A.J., Martin, S.K., & Jones, L.L. (1992). The benefits and costs of caregiving and care receiving for daughters and mothers. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47B, S130-S139.
- Werner, E. E. and Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- Wilks, S. y Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental Health*, 12, 357-365. Doi: 10.1080/13607860801933323.
- Wilks, S., Little, K., Gough, H., y Spurlock, W. (2011). Alzheimer's aggression: Influences on caregiver coping and resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 54, 260-275. Doi:10.1080/01634372.2010.544531.
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 8.
- Zambrano, I. & Rivera, J. (2000). Una misma demanda. Dos tipos de respuesta: trabajo remunerado y no remunerado en el cuidado a la salud. *Cuaderno de Relaciones Laborales*, 17, 65-90.
- Zautra, A. J., Hall, J. S. & Murray, K. E. (2008). Resilience: A new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review*, 2(1), 41-64.
- Zautra, A. J., Hall, J. S., Murray, K. E., & the Resilience Solutions Group 1. (2008). Resilience: a new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review*, 2(1), 41-64.
- Zverová, M. (2012). Frequency of some psychosomatic symptoms in informal caregivers of alzheimer's disease individuals. Prague's experience. *Neuroendocrinology Letters*, 33(5), 565-567.

Anexos

1. Figuras

Figura 1. Las mujeres en el trabajo, Tendencias 2016, Organización Internacional del Trabajo; El empoderamiento económico de la mujer en el cambiante mundo del trabajo, informe del Secretario General, E/CN.6/2017/3, diciembre de 2016.....	34
Figura 2. Mapa de Resiliencia	55
Figura 3. Representación gráfica explicativa del modelo teórico adaptado de Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, (2006).....	74
Figura 4. Preguntas de la entrevista del Estudio 3	79
Figura 5. Retardos cruzados entre satisfacción vital y resiliencia	89
Figura 6. Modelo base del Mapa de resiliencia	93

2. Tablas

Tabla 1. Características de las participantes en la muestra del Estudio 1	37
Tabla 2. Descripción de las sesiones de la intervención del Estudio 1	38
Tabla 3. Preguntas de la entrevista del Estudio 2	56
Tabla 4. Área Personal.....	57
Tabla 5. Área relacional.....	59
Tabla 6. Teoría del fortalecimiento, diferenciando entre el empowering y empowered según nivel de análisis (Zimmerman, 2000).	70
Tabla 7. Relación de mujeres participantes en el programa de intervención del Estudio 3	78
Tabla 8. Descripción de sesiones del Estudio 3	81
Tabla 9. Análisis descriptivo de salud, resiliencia, sobrecarga y satisfacción en tiempo 1 y tiempo 2	86
Tabla 10. Análisis de correlaciones entre satisfacción vital, salud, sobrecarga y resiliencia ..	87
Tabla 11. Centros de clústeres finales.....	90
Tabla 12. Número de casos en cada clúster	90
Tabla 13. ANOVA	90
Tabla 14. Centros de clústeres finales.....	91

Tabla 15. Número de casos en cada clúster	91
Tabla 16. ANOVA	91